FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 404

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. MAX LELONGT

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Né à Paris, le 16 juin 1886

Contribution à l'Étude des Suppurations de la région palpébro-lacrymale d'origine dentaire

Président : M. PIERRE DELBET

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur LE ROY DE MÉRICOURT

Médecin en chef de la Marine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Gabriel LELONGT

A MON PÈRE

Le Docteur F. LELONGT

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Le Docteur Paul LELONGT

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. Le Professeur Pierre DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand honneur de présider cette thèse, hommage bien respectueux.

A M. Le Docteur FARGIN-FAYOLLE

Dentiste des Hôpitaux

Témoignage de profonde reconnaissance. Il m'a aidé de ses conseils pour ma thèse. Qu'il reçoive ici tous mes remercîments.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat 1908-1911

MM. le Docteur DARIER, médecin des Hôpitaux.

le Docteur BARBIER, médecin des Hôpitaux.

le Docteur GALLIARD, médecin des Hôpitaux.

le Professeur agrégé SEBILEAU, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur RECLUS, chirurgien des Hôpitaux et M. le Professeur BAR, accoucheur des Hôpitaux.

MM. les Professeurs agrégés LEGUEU, chirurgien des Hôpitaux et RÉNON, médecin des Hôpitaux.

MM. les Docteurs KLIPPEL, HALLÉ, WEIL, médecins des Hôpitaux.

MM. les Docteurs LOMBARD et LEMAITRE, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

A M. Henri LACOURT

Mon premier maître dans l'art dentaire. Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON EXCELLENT CAMARADE ET AMI

René LE MAUX

Interne des Hôpitaux

En souvenir des années passées ensemble à la Faculté de Médecine de Paris. Il m'a aidé dans la rédaction de ma thèse. Je suis heureux de l'en remercier ici.

INTRODUCTION

Parmi les abcès de siège divers qui peuvent compliquer les lésions dentaires, il en est qui sont particulièrement intéressants et qui ont été relativement peu étudiés jusqu'ici : ce sont ceux qui viennent se faire jour à la région palpébro-lacrymale.

Dans cette région en effet, qui répond à la paupière inférieure et à l'angle interne de l'œil, — région qui n'a guère d'individualité anatomique, mais qui est le siège de lésions pathologiques présentant des caractères communs — on rencontre, moins rarement peut-être que le petit nombre des observations recueillies ne pourrait le laisser supposer, des suppurations d'origine dentaire, dont l'intérêt réside surtout dans les discussions pathogéniques auxquelles elles donnent lieu, ainsi que dans les erreurs de diagnostic dont elles peuvent être le point de départ.

Dans notre étude, nous aurons en vue à la fois les abcès d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale et les fistules qui en sont la terminaison habituelle.

Nous éliminerons du cadre de notre travail les suppurations de siège identique qui peuvent aussi recon-

naître une lésion dentaire à leur origine, mais qui ne viennent se faire jour au niveau de l'angle interne de l'œil qu'après avoir provoqué une ostéomyélite du maxillaire supérieur ou un empyème du sinus.

Tout au plus leur accorderons-nous une mention lorsque nous traiterons du diagnostic des abcès d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale, nous réservant d'avoir en vue ici uniquement l'étude de ceux qui sont dûs à la propagation directe de l'infection alvéolaire. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. le Professeur agrégé Sebileau, une fistule sous-orbitaire consécutive à une ostéite nécrosante du maxillaire supérieur d'origine dentaire. Ce fait particulier qui reste donc en dehors du cadre que nous nous sommes tracé, n'en a pas moins contribué à appeler notre attention sur les complications inflammatoires périorbitaires possibles de lésions dentaires. — Et à la suite d'un récent article publié par le Dr Morax sur ce sujet, nous nous sommes proposé de grouper dans une étude d'ensemble les travaux faits sur la question en insistant sur certains points de pathogénie mis en lumière dernièrement par le Dr Fargin-Fayolle.

Après un rapide exposé historique et quelques données étiologiques, nous nous attacherons à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique qui constituera un des chapitres les plus importants de notre travail. Nous rappellerons ensuite brièvement les symptômes de ces collections suppurées; nous terminerons par un chapitre consacré à leur diagnostic et aux erreurs possibles auxquelles elles peuvent donner lieu.

Il n'existe que peu d'observations publiées ; nous réunissons à la fin de notre travail celles que nous avons pu recueillir. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en trouver une seule dans la littérature étrangère.

Cette étude nous a conduit à des considérations d'ordre plus général que nous signalerons en passant. Il nous a semblé que le diagnostic de ces abcès palpébro-lacrymaux d'origine dentaire intéressait aussi bien l'ophtalmologiste que le stomatologiste et le rhinologiste; que d'ailleurs la région palpébro-lacrymale constituait une région frontière, commune à ces trois branches de la médecine et que celles-ci, loin de chercher à s'isoler les unes des autres, devaient tendre au contraire à se rapprocher et à se compléter.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_i1s5

CHAPITRE I

Historique

Les abcès de la région palpébro-lacrymale d'origine dentaire ne sont connus que depuis relativement fort peu de temps ; c'est seulement vers la fin du XIX^e^ siècle que certains chirurgiens et ophtalmologistes rattachèrent à leur véritable cause ces collections suppurées dont l'étiologie était restée si longtemps obscure.

Déjà l'attention des chirurgiens avait été attirée par ces inflammations de la région du grand angle de l'œil, indépendantes des voies lacrymales et par les fistules qui leur succèdent.

Desmarres, dans son *Traité des maladies des yeux*(1), leur consacre un chapitre dans lequel il insiste sur la possibilité de les confondre avec les tumeurs ou les fistules lacrymales. — Mais l'origine de ces suppurations restait le plus souvent indéterminée.

Fano accordait une grande importance à l'altération de l'os ou du périoste, altération que Mackensie rattachait le plus souvent à la scrofule ou la syphilis.

(1) Desmarres. — Traité des maladies des yeux. Tome I. 2^e^ édition, p. 296. (1858)

C'est seulement depuis que l'on a commencé à découvrir, dans des régions même éloignées de la bouche, des fistules liées à des altérations des dents, que les chirurgiens soupçonnèrent la véritable origine de ces suppurations périorbitaires.

Després, Magitot, Abadie, Galezowski et Lucas-Championnière en avaient déjà observé quelques cas, mais aucun travail n'avait encore été fait sur la question, lorsque parut en 1880, dans les *Archives générales de Médecine*, la première étude d'ensemble, due à Parinaud.

Parinaud, frappé par la fréquence relative de ces accidents peu connus, attire vivement l'attention sur ces complications éloignées de l'inflammation dentaire et s'attache à débrouiller leur histoire. Il donne, pour expliquer la marche de ces abcès, une interprétation pathogénique basée sur ses constatations cliniques ainsi que sur des recherches anatomiques. Son étude est divisée en deux parties : dans la première, l'auteur a surtout en vue les fistules dentaires de la paupière inférieure proprement dite, observées principalement d'après lui chez les jeunes enfants de 5 à 6 ans, au moment où les dents temporaires commencent à s'altérer ; dans la deuxième partie, il considère les collections suppurées de la région du sac lacrymal d'origine dentaire, s'attachant avant tout à l'étude de celles, plus intéressantes à cause de leur étiologie plus obscure, qui s'y forment directement, sans nécessiter l'intermédiaire d'un empyème du sinus maxillaire.

En 1883, à l'occasion d'une nouvelle observation de Parinaud, lue devant la Société de Chirurgie, sur un cas

de fistule dentaire simulant une dacryocystite, une discussion s'engage parmi les membres de cette Société, au sujet de la pathogénie de ces accidents.

La théorie de Parinaud n'est pas admise par tous et de nouvelles hypothèses sont proposées.

L'attention ayant été ainsi bien attirée par Parinaud, sur les complications inflammatoires de la région palpébro-lacrymale dues à des lésions dentaires, nous les trouvons signalées désormais dans la plupart des différents travaux qui, depuis 1880, ont traité des fistules dentaires en général ou des affections oculo-dentaires. Mais leurs auteurs reproduisent simplement les données de Parinaud sans y rien ajouter, admettant en particulier l'interprétation pathogénique qu'il avait proposée (1).

Roche qui, dans sa thèse de 1902 et dans un article paru vers la même époque dans la *Revue de Stomatologie*, a bien étudié la péricystite lacrymale et son diagnostic avec les abcès d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale, admet également la théorie de Parinaud, mais pour les cas qu'elle ne saurait expliquer il invoque le rôle de la propagation périostée.

En 1909, le docteur Fargin-Fayolle publie dans la *Revue de Stomatologie* une intéressante observation de « Phlegmon d'origine dentaire ouvert au niveau de la paupière inférieure », et, à cette occasion, il propose une pathogénie nouvelle, calquée sur celle qui permet d'ex-

(1) Cam. Tellier, Peyroux, Péchin, Ovize, Lagleyze, Fiévet....cf. bibliographie.

pliquer la migration du pus dans les abcès dentaires, en général et ne réclamant pas, pour lui servir de base, une raison anatomique spéciale.

Le docteur Morax, qui a eu l'occasion d'observer quelques cas de ces abcès palpébro-lacrymaux, dont 2 furent communiqués par lui à la Société d'ophtalmologie, en juin 1909, insiste principalement dans un article paru en 1911 dans le *Répertoire de Médecine internationale*, sur les erreurs de diagnostic possibles et rappelle à cet égard l'utilité de l'examen bactériologique du pus.

Enfin dans le *Traité de Stomatologie* dont la publication vient d'être récemment entreprise, ont paru sur le sujet qui nous occupe divers articles intéressants, signés de MM. Dieulafé et Herpin, Fargin-Fayolle et A. Terson.

CHAPITRE II

Etiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique.

Les suppurations palpébro-lacrymales d'origine dentaire sont consécutives à l'*arthrite alvéolaire aiguë*. C'est en somme l'étiologie commune à tous les abcès dentaires en général. Le pus, collecté dans la partie périapicale de l'alvéole, va s'évacuer au dehors, et nous allons voir dans un instant quelles sont les différentes voies que l'on a invoquées pour expliquer sa migration de la cavité alvéolaire à la région palpébro-lacrymale.

Les dents de la mâchoire supérieure capables de provoquer ces suppurations éloignées sont : les deux incisives, la canine, les deux prémolaires et la première grosse molaire. Si l'incisive médiane n'est que très rarement signalée comme ayant pu produire de tels accidents — ce qui se comprend facilement d'après la situation de sa racine juste au-dessous de l'orifice externe des fosses nasales — au contraire la canine, surnommée à juste titre « dent de l'œil » ou « dent œillère » semble être la dent la plus souvent atteinte dans les observations que nous avons pu rassembler. Le siège même qu'elle occupe sur le maxillaire supérieur, la longueur de sa forte racine dont l'apex dépasse nota-

blement en haut la limite du sillon vestibulaires ont déjà des raisons suffisantes pour expliquer le rôle important qu'elle joue dans les relations pathologiques qui existent entre le système dentaire et la région orbitaire. Les autres dents signalées plus haut entrent néanmoins pour une part assez grande dans l'étiologie des suppurations palpébro-lacrymales — dans un ordre de fréquence qu'il est difficile de préciser, étant donné le petit nombre d'observations publiées.

Si l'étiologie des abcès palpébro-lacrymaux d'origine dentaire ne présente pas d'intérêt spécial, il n'en est pas de même de leur pathogénie qui prête encore à l'heure actuelle à diverses interprétations que nous allons signaler.

Déjà Lucas-Championnière soupçonnait une raison anatomique constante capable d'expliquer ces migrations purulentes, lorsque Parinaud en donna la première interprétation pathogénique.

Frappé dans ses constatations cliniques de l'absence d'un trajet bien perceptible ou décelable par l'examen reliant l'arcade alvéolaire au rebord orbitaire — tel que périostite externe du maxillaire supérieur, cordon induré dans l'épaisseur des parties molles ou sinusite maxillaire — il rechercha dans la structure de l'os même la raison anatomique de cette localisation périorbitaire. — C'est ainsi qu'il constata l'existence d'un canalicule osseux reliant plusieurs dents de la mâchoire supérieure à la région lacrymale.

Voici d'ailleurs le résultat des recherches anatomi-

ques faites par Parinaud en collaboration avec le Dr Reynier.

« On trouve constamment sur la branche montante du maxillaire supérieur, au-devant de la gouttière lacrymale, un et quelquefois deux orifices assez considérables. — L'orifice principal correspond à un conduit osseux qui parcourt la branche montante du maxillaire et communique avec les foramina des alvéoles. Ce conduit peut admettre une soie de sanglier, quelquefois même jusqu'à une certaine profondeur, le n° 3 ou 4 des sondes de Bowmann. Un stylet fin et souple pénètre facilement à 2 centimètres dans la direction des dents, de manière à arriver jusqu'au voisinage des alvéoles, surtout de celle de la canine qui se trouve dans la direction du canal osseux et remonte assez haut. Il est très difficile de faire pénétrer le stylet, quelque fin qu'il soit jusque dans les alvéoles. On établit plus facilement la communication à l'aide d'injections.

« Une injection pratiquée par l'orifice qui se trouve au devant de la gouttière lacrymale, revient par les alvéoles débarrassées de leurs dents. Inversement, si l'on pratique l'injection à l'aide d'une seringue de Pravaz par les foramina situés au fond des alvéoles, elle revient par l'orifice en question. C'est surtout avec l'alvéole de la canine que cette communication est évidente, mais elle existe aussi pour celle des autres dents, les prémolaires et plus souvent encore la première molaire. Arrivé au niveau des alvéoles, le conduit osseux se ramifie donc en plusieurs canalicules.

« Cette disposition jointe aux petites dimensions des

foramina explique la difficulté de faire pénétrer directement une soie de sanglier, introduite dans le canal principal, jusque dans les alvéoles, et la nécessité de recourir aux injections. Celles-ci, pour pénétrer, exigeront elles-mêmes que l'os soit bien débarrassé de ses matières organiques, car sur la plupart des maxillaires dont les dents sont restées en place, les vaisseaux et nerfs qui traversent les foramina s'y sont desséchés et obstruent ces petits canaux.

« Par ces mêmes injections, on constate encore que le conduit osseux qui parcourt la branche montante du maxillaire envoie ordinairement deux ramifications latérales qui correspondent, l'une au trou sous-orbitaire ou à de petits orifices situés dans son voisinage, l'autre aux fosses nasales au niveau de l'insertion du cornet inférieur et de l'orifice du canal nasal. — Assez fréquemment, on trouve sur la branche montante du maxillaire des orifices secondaires qui s'ouvrent directement dans les fosses nasales ou le sinus maxillaire.

« Ces conduits osseux communiquant avec les alvéoles sont manifestement des conduits vasculaires. »

Parinaud fit jouer à ce canalicule intra-osseux le rôle prépondérant dans la marche de l'infection : le pus bridé en bas par le ligament alvéolo-dentaire, latéralement par les parois osseuses de l'alvéole, trouvait tout naturellement à la partie supérieure un orifice par où il pouvait se drainer et venir se collecter à la région prélacrymale.

---

(1) Dieulafé et Herpin. — Traité de Stomatologie. — Tome I p. 166.

Les docteurs Diculafé et Herpin, ont fait de nouvelles recherches anatomiques et sont arrivés aux constatations suivantes : il existe bien en effet sur l'apophyse orbitaire interne, en regard de la crête lacrymale, à 10 ou 12 millimètres du canal sous-orbitaire, un orifice à peu près constant, d'assez grandes dimensions, qui correspond bien à celui signalé par Parinaud.

Cet orifice livrerait passage à l'état frais à une branche de l'artère angulaire. — Des injections colorées poussées par ce canal démontreraient, d'après ces auteurs, la communication presque constante avec les alvéoles de la première prémolaire, de la canine et de l'incisive latérale. Et ils concluent avec Parinaud à l'existence de trajets anatomiques, mis en évidence sur le crâne sec, normalement occupés par la moelle ou des rameaux vasculaires pouvant constituer des voies ouvertes entre le système dentaire et la région de l'orbite.

Le Dr Fargin-Fayolle ne se rallie pas complètement à la théorie pathogénique de Parinaud. Pour lui, les expériences faites par cet auteur ne sont pas démonstratives : il est impossible par le cathétérisme du canalicule osseux d'atteindre le fond des alvéoles. Si l'on rencontre les orifices signalés sur la branche montante du maxillaire — quelquefois absents, toujours de situation et de diamètre très irréguliers — un fil d'argent très fin ne pénètre pas au-delà de quelques millimètres. D'autre part, il n'existe pas d'orifice cathétérisable ni dans les alvéoles des prémolaires ou de la dent de six ans, ni dans celle de la canine. Quant aux injections colorées, de l'aveu même de Parinaud, elles ne passent

pas sur un os frais, et la constatation d'une communication n'est possible que sur l'os desséché. Or, cette expérience ne prouve en rien l'existence d'un véritable canal : en effet, lorsque le Dr Nogué fit ses recherches sur l'anesthésie diploïque, il vit que l'injection fusait à une distance considérable, et il est évident que les alvéoles privés de leurs dents constituent sur un os sec autant de portes ouvertes sur la région spongieuse, par lesquelles viendra sourdre une injection diploïque poussée par un canal vasculaire ou après trépanation de la lame compacte de l'os.

Nos recherches personnelles ont abouti aux mêmes résultats : le cathétérisme intégral du canal sur l'os sec est impossible ; l'injection colorée, poussée sur l'os frais par l'orifice supérieur, n'atteint pas les alvéoles. Par contre nous avons rencontré, sur presque tous les crânes que nous avons eus entre les mains un trajet osseux allant de l'apophyse montante du maxillaire supérieur à la cavité des fosses nasales, et débouchant en un point généralement situé au-dessous de la tête du cornet inférieur. On rencontre aussi fréquemment d'autres petits orifices communiquant avec le canal sous-orbitaire, ou avec le sinus maxillaire directement.

En résumé l'existence du canal de Parinaud — en dehors peut-être de rares anomalies — doit être considérée comme plus que douteuse. Existât-il, du reste, son rôle dans la propagation des accidents infectieux ne serait rien moins que démontré. Car, en somme, sans aller bien loin, le canal dentaire inférieur ne semble pas être une voie fréquemment suivie par le pus : Moty a insisté sur le

rôle qu'il joue dans la propagation des inflammations liées par exemple à l'éruption de la dent de sagesse, dont le follicule est très rapproché de ce canal, et indique qu'il peut donner passage à du pus, qui par l'orifice supérieur va fuser vers le pharynx; mais ces faits semblent infirmés par des observations récentes, et il n'en est pas moins vrai qu'on ne voit pas d'habitude de collection suppurée venir se faire jour au niveau du trou mentonnier.

Déjà, en 1883 à la Société de Chirurgie la théorie de Parinaud avait été vivement discutée : c'est ainsi que pour Magitot et Terrier le mode de propagation était le suivant: « Du point initial de la périostite (arthrite alvéolo dentaire), il se produit par continuité une ostéite de la paroi alvéolaire qui gagne de proche en proche le tissu osseux, soit en suivant un trajet vasculaire, soit en progressant au sein même du maxillaire. L'infection atteignant à un moment donné la surface de l'os y produit une ostéo-périostite phlegmoneuse qui envahit les parties molles voisines et s'ouvre vers la peau. » Cette hypothèse nous semble déjà plus admissible, parce qu'elle n'a pas besoin, pour expliquer la migration du pus, de l'existence d'un canalicule problématique et qu'elle reconnaît une lésion d'ostéite dont ne parle pas Parinaud ; pour lui en effet l'infection gagnerait la région orbitaire sans lésion osseuse concomitante des parois du canalicule vasculaire : or ce fait paraît bien invraisemblable.

Mais, d'autre part, un trajet intra-osseux, s'étendant de l'alvéole à la région sous-orbitaire, produirait de

véritables lésions d'ostéomyélite du maxillaire avec nécrose, ce qui n'est pas le cas dans les abcès dentaires qui nous occupent.

A cette même discussion de la Société de Chirurgie, Desprès rejette sur les lymphatiques la cause des abcès périorbitaires d'origine dentaire : c'est encore l'avis de certains chirurgiens actuels qui rattachent ces accidents à un fait d'ordre pathologique général.

Mais les lymphatiques de la région sont encore mal connus, et l'hypothèse d'une lymphangite suppurée (nous ne pouvons dire adénite, ni adéno-phlegmon, puisqu'il n'existe presque jamais de ganglions dans la région palpébro-lacrymale, le ganglion sous-orbitaire signalé par quelques auteurs étant très inconstant), ne pourrait pas expliquer les cas rencontrés le plus fréquemment, dans lesquels, après fistulisation ou incision de l'abcès, le stylet rencontre un os dénudé, témoignage d'une lésion ostéo-périostée.

Roche (1), qui a étudié la péricystite lacrymale et son diagnostic avec les abcès d'origine dentaire, pense que la voie du canalicule décrit par Parinaud est la plus habituellement suivie par l'infection. Quant aux cas que ne saurait expliquer ce mécanisme, on pourrait supposer, dit-il, « que l'infection gagnant le périoste de la face externe du maxillaire, se propage de proche en proche jusqu'en un point où, se localisant, elle détermine l'abcès. Il serait alors plus difficile d'expliquer la gué-

(1) Roche. *Revue de Stomatologie*, 1902.

rison après l'avulsion de la dent et l'issue du pus par l'orifice de l'alvéole, soit par pression sur la poche, soit par succion; le pus, en effet, ne se ferait jour jusqu'à la région alvéolaire qu'en décollant le périoste et pourrait s'évacuer assez librement sans qu'on ait besoin pour lui livrer passage d'enlever les dents qui semblent le point de départ de l'infection. »

Il y a dans ce qu'on vient de lire une absence de précision qui rend confuses les explications de l'auteur; il semblerait, d'après lui, que l'inflammation, partie de l'alvéole, gagne de proche en proche par l'intermédiaire du ligament alvéolo-dentaire le périoste de la face externe du maxillaire supérieur : ce n'est pas là la marche des suppurations d'origine dentaire.

Le Dr Fargin-Fayolle propose une nouvelle interprétation pathogénique qui nous semble très rationnelle, la migration du pus et la formation d'une collection suppurée aux régions palpébrale inférieure et lacrymale se faisant d'après lui par une voie identique à celle que suivent les abcès dentaires en général.

Nous savons en effet que le pus des suppurations formées dans la région péri-apicale de l'alvéole se fraie une voie transmaxillaire après avoir déterminé un foyer d'ordinaire assez circonscrit d'ostéite. Dans ce cas, après avoir perforé le maxillaire par un trajet le plus souvent court et droit, plus rarement oblique, il vient faire saillie sous le périoste et constitue l'abcès sous-périosté.

En somme, la lésion osseuse est insignifiante et

l'arthrite alvéolaire entretenue par la racine infectée est toute la lésion.

L'abcès sous-périosté peut s'ouvrir soit à la muqueuse, soit à la peau, suivant le point où il s'est formé : lorsque l'apex de la racine malade, comme celui de la canine, dépasse notablement le fond du sillon vestibulaire, la fistule consécutive à un abcès dentaire serait souvent cutanée, mais ces règles sont toutes théoriques et souffrent de nombreuses exceptions.

Le fait intéressant à retenir est que, si pour une raison ou pour une autre, les abcès ne peuvent s'ouvrir là où ils se sont collectés, certaines raisons anatomiques vont intervenir pour diriger la marche du pus.

« Mais tandis que d'ordinaire les collections suppurées du tissu cellulaire sont dirigées dans leur migration tant par la pesanteur que par les aponévroses qu'elles rencontrent — ici, au contraire, s'agissant d'une collection *sous-périostée*, n'interviendra — et ne pourra évidemment intervenir — que la facilité anormale avec laquelle se décollera le périoste, dans une direction donnée.

« L'examen d'un maxillaire supérieur fera comprendre que, dans ces conditions, la migration du pus provenant d'infection ayant pour point de départ les incisives, la canine, les prémolaires et la première molaire, pourra facilement se faire en haut. Son union intime avec le ligament externe des articulations alvéolo-dentaires maintient solidement le périoste en bas. En arrière, les insertions du buccinateur, du masséter et du canin; vers la ligne médiane, celles du transverse du nez, du

myrtiforme et du dilatateur des narines s'opposent à un décollement.

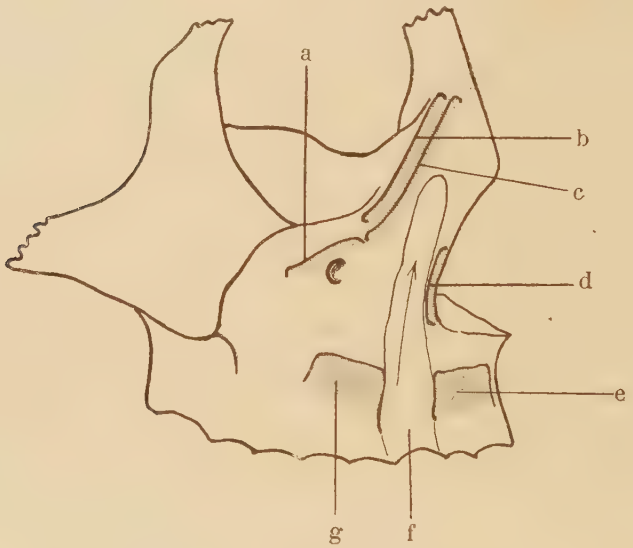
« C'est entre ces deux séries d'insertions musculaires que se trouve la zone périostée où, à la faveur d'une adhérence moins intime du périoste, cette membrane pourra se décoller, laissant le pus cheminer vers la branche montante. »

Sur le conseil du Docteur Fargin-Fayolle, nous avons recherché cette zone décollable du périoste sur la face antérieure du maxillaire supérieur.

Après injection sous-périostée d'une certaine quantité de liquide coloré au bleu de méthylène, injection pratiquée sur la face externe de la gencive supérieure au niveau de la canine, nous avons procédé à la dissection de la région génienne et nous rappellerons brièvement les quelques détails anatomiques que nous avons pu constater et qui viennent confirmer l'hypothèse du Docteur Fargin-Fayolle.

Après dissection des téguments superficiels, on rencontre une couche musculaire constituée en haut par l'orbiculaire des paupières aux fibres horizontales, en bas par la réunion de l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure en dedans, et de l'élévateur propre de la lèvre supérieure en dehors. Ces deux muscles verticaux s'étendent du rebord inférieur de l'orbite à la face profonde de la peau de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Leur insertion fixe sur le maxillaire s'étend suivant une ligne rectiligne, située au-dessous de la ligne d'insertion de l'orbiculaire des paupières et au-dessus du trou sous-orbitaire et, correspon-

dant aux deux tiers internes du rebord orbitaire et à la face externe de l'apophyse montante. Ces deux muscles allongés, étroits en haut, deviennent plus épais à leur partie inférieure. Après incision de ces deux muscles par leur milieu et réclinaison des fragments en haut et en bas, on découvre la surface osseuse du maxillaire



a. Élévateur propre de la lèvre supérieure.
b. Orbiculaire des paupières.
c. Élévateur c. aile du nez et lèvre supérieure.
d. Transverse du nez.
e. Myrtiforme.
f. Direction de la zône décollable du périoste.
g. Canin.

dont le périoste lisse n'est recouvert qu'à la partie inférieure de la région par deux petits muscles, le canin en dehors, dont les insertions transversales courtes surmontent immédiatement la racine des deux prémolaires, et le myrtiforme en dedans s'insérant dans la

moitié inférieure de la fossette myrtiforme qui surmonte la racine des deux incisives médianes.

Ainsi arrivé sur la face antérieure du maxillaire, nous avons constaté que notre injection remontant vers le haut, dans la direction de l'angle interne de l'œil, se frayait un chemin sous le périoste entre le canin et le myrtiforme en bas et se continuait en haut par un trajet à bords bien nets correspondant à peu près au sillon naso-génien.

Il semble ainsi y avoir à la face antérieure du maxillaire supérieur une zone décollable du périoste libre d'insertion musculaire et correspondant à la fosse canine et à la partie inférieure de la branche montante du maxillaire. Le pus collecté sous le périoste, bridé en dehors par le canin surtout et en dedans par le myrtiforme, le dilatateur des narines et le transverse du nez, se fraiera un passage jusqu'à l'apophyse orbitaire du maxillaire dans certains cas. La faible épaisseur de la couche musculaire, seulement constituée à ce niveau par des fibres du releveur commun, et la minceur des téguments superficiels faciliteront dans cette région l'ouverture de l'abcès migrateur.

L'issue du pus par l'alvéole après l'extraction de la dent causale dans certains cas n'est pas difficile à interpréter. L'évacuation du pus par l'alvéole est conditionnée ici, comme dans les autres cas de suppuration sous-périostée à la suite d'arthrite alvéolo-dentaire, par l'état anatomique de la perforation osseuse (diamètre et trajet qui la rendent plus ou moins perméable).

Le pus peut être évacué réellement par l'alvéole ; mais dans certaines circonstances, cette évacuation par l'alvéole n'est qu'apparente.

Il arrive en effet que la collection sous-périostée soulève le périoste jusqu'à son union avec le ligament externe des articulations alvéolo-dentaires. Au moment de l'extraction, il peut se produire à ce niveau une déchirure du périoste par laquelle s'écoulera le pus qui semble venir de l'alvéole.

Si la pathogénie de ces abcès dentaires siégeant à la paupière inférieure ou dans l'angle interne de l'œil prête à quelques difficultés chez l'adulte, celle des mêmes accidents survenant chez l'enfant se comprend aisément. En effet, comme Parinaud l'a bien mis en lumière, la paroi antérieure du sinus maxillaire, au lieu d'être constituée comme chez l'adulte par une mince lame de tissu compact, est formée par la double série des alvéoles de première et de seconde dentition, développés dans un tissu spongieux. Il ne reste de libre que l'orifice du canal sous-orbitaire, et immédiatement en dedans de lui une surface légèrement excavée, percée de deux ou trois orifices conduisant aux alvéoles dentaires et qui répond à l'angle inféro-interne de l'œil. Les rapports de ces alvéoles varient suivant l'âge du sujet, mais à un moment donné, le fond de l'alvéole de seconde dentition peut remonter jusqu'au niveau du rebord orbitaire. On s'explique ainsi facilement la propagation relativement fréquente des suppurations d'origine dentaire à la région palpébrale chez l'enfant, en particulier vers l'âge de

5 ou 6 ans, c'est-à-dire à l'époque où commence le travail de seconde dentition ou plus exactement à celle où les dents temporaires peuvent présenter des lésions importantes (arthrites alvéolaires), pouvant se communiquer à l'alvéole de seconde dentition (canine principalement). Ces accidents s'accompagnent alors fréquemment de nécrose plus ou moins étendue du rebord orbitaire.

Ces conditions anatomiques — voisinage des alvéoles et de la région sous-orbitaire — se rencontrent également chez certains animaux et semblent devoir expliquer la possibilité de lésions analogues à celles que nous décrivons chez l'homme, lésions dont l'existence est d'ailleurs démontrée par quelques observations, — mais la pathogénie de ces faits est plutôt à rapprocher de celle invoquée chez l'enfant.

CHAPITRE III

Symptômes.

Les abcès palpébro-lacrymaux d'origine dentaire reconnaissant, comme nous l'avons vu, la même étiologie que les abcès dentaires en général, débutent par les mêmes symptômes, qui sont ceux de l'arthrite alvéolo-dentaire. Il est rare de ne pas rencontrer au début de l'affection les douleurs dentaires plus ou moins vives et la fluxion consécutive, — signes qui, réunis, doivent faire penser à l'envahissement de l'alvéole par l'infection. Cette fluxion est parfois très volumineuse, occupant la fosse canine, soulevant l'aile du nez, distendant la paupière inférieure. Cette période de suppuration alvéolaire s'accompagne de signes généraux plus ou moins marqués : fièvre qui monte à 38°, 39°, malaise, céphalée. La bouche est saburrale, la langue blanche.

Dans bien des cas, avant que la suppuration vienne se localiser dans la région palpébro-lacrymale, elle se fait jour dans la bouche, et l'abcès vestibulaire — plus rarement l'abcès palatin suivant que le maxillaire a été perforé en dehors ou en dedans — est constitué.

Nous ne rappellerons pas ici les signes cliniques de cet abcès qui, généralement, donnent lieu à une fistule.

Que, pour une raison ou pour une autre, l'orifice de la fistule arrive à se fermer (1), un nouvel abcès pourra bientôt prendre naissance, soit au même point — soit au contraire, dans une région éloignée, comme la région palpébro-lacrymale.

Nous avons noté assez fréquemment dans les observations que nous rapportons une évolution analogue.

Parfois, cependant, il n'y a pas formation d'abcès gingivaux et la suppuration apparaît directement au niveau de la paupière inférieure ou dans la région du sac lacrymal. C'est d'ordinaire lorsque l'œdème de la joue commence à diminuer, que le malade ressent des douleurs périorbitaires coïncidant avec la formation, au niveau de la partie interne de la paupière inférieure ou même dans la région prélacrymale, d'une tuméfaction plus ou moins volumineuse, rouge, sensible, tendant les téguments, d'où oblitération presque complète parfois de la fente palpébrale. La conjonctive reste généralement normale, mais il peut exister un léger larmoiement. Les plis nasogéniens et palpébro-géniens sont atténués par la tuméfaction œdémateuse qui s'étend à la joue et à la partie

(1) La ponction au bistouri comme mode d'ouverture des abcès vestibulaires est insuffisante; les bords de l'incision restent en contact et la cicatrisation est extrêmement rapide.

En tout cas, il ne faut jamais se contenter d'une simple ponction toujours insignifiante, mais inciser la collection très largement. — Le thermocautère, au contraire, même avec une pointe fine, donne, on le sait, une ouverture sans tendance à la cicatrisation rapide et devra, en règle générale, être utilisé.

externe de la paupière — fait qui, joint à l'occlusion de la fente palpébrale, provoque une asymétrie notable de la face.

L'abcès d'abord dur et sensible à la pression, ne tarde pas à se ramollir : les téguments prennent une teinte rouge violacée, la fluctuation devient manifeste; il se fait une ouverture spontanée au point culminant de la collection et un pus généralement fétide se vide par cet orifice.

Cet orifice fistuleux présente, si l'ouverture est récente et spontanée, des bords décollés dans une certaine étendue, amincis et irréguliers; puis au bout de peu de temps, il arrive souvent de voir sur le pourtour un certain nombre de fongosités bourgeonnantes qui saignent facilement au moindre contact.

Si l'on examine le malade à la période aiguë, on constate assez facilement à la palpation que le périoste sous-jacent à la tuméfaction palpébrale est hypertrophié et la pression en ce point est particulièrement sensible. Au stade de fistulisation, l'exploration au stylet dénote presque toujours une surface osseuse dénudée — signe de l'ostéo-périostite ; il est rare de sentir des esquilles osseuses ou de véritables séquestres mobiles, qui témoigneraient alors d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur suivie de nécrose.

Parfois, le stylet peut pénétrer plus ou moins profondément entre l'os et le périoste décollés ou même dans l'os lui-même dans la direction des alvéoles.

La recherche d'un trajet réunissant la lésion sous-orbitaire à la région alvéolaire ne fait pas découvrir de véritable cordon induré situé dans les parties molles,

comme cela peut se rencontrer dans certaines fistules géniennes et surtout cervicales d'origine dentaire.

Par contre, il est fréquent de constater à la face antérieure du maxillaire un empâtement profond, dont le maximum correspond au trajet suivi par la marche de l'infection et que l'on recherchera par le palper bidigital pratiqué en plaçant un des index dans le vestibule et l'autre au voisinage de l'orifice cutané.

Cet empâtement correspondant à la migration vers le haut de l'abcès sous-périosté manquerait rarement : il n'a pas toujours été recherché d'une façon nette dans les observations que nous avons recueillies.

Lorsque, fait plus rare, la palpation ne décèle aucune trace de communication entre les deux foyers, peut-être faut-il admettre une propagation intra-osseuse de la suppuration.

Dans tous les cas douteux de suppuration palpébro-lacrymale, il faudra faire un examen attentif de la bouche, rechercher les cicatrices possibles de fistules gingivales, reconnaître les dents susceptibles d'avoir été le point de départ des accidents et interroger le malade sur son passé pathologique, au point de vue dentaire.

On trouvera toujours une dent atteinte d'arthrite alvéolo-dentaire consécutive, dans la majorité des cas, à une carie pénétrante ancienne; dans des cas exceptionnels, on notera une dent cariée obturée, dont l'asepsie aura été mal réalisée, ou une dent morte fermée que l'on dépistera par certaines recherches de pratique courante en stomatologie — telles que la transillumination et l'absence de réaction aux excitations thermiques; d'ailleurs,

l'aspect même de la dent (coloration légèrement grisâtre pouvant aller jusqu'au bleu noirâtre) facilitera le diagnostic.

Un traitement approprié amène une cure radicale de ces complications éloignées de l'infection dentaire. Mais si l'affection est livrée à elle-même, la suppuration ne tarit pas et passe à la chronicité : au niveau de la région palpébro-lacrymale persiste une fistule livrant passage à quelques gouttes de pus, modifié quelquefois au point de devenir séreux, et dont l'orifice est généralement petit, enfoncé plus ou moins profondément par suite de la rétraction des parois du trajet, adhérent à l'os sous-jacent en forme de cul-de-poule.

Cette déformation faciale constituée par une telle cicatrice sera évitée dans bien des cas, si le médecin, averti de l'origine dentaire possible de telles suppurations périorbitaires, institue dès le début le traitement efficace, commun à toute arthrite alvéolo-dentaire et qui consistera dans l'immense majorité des cas dans l'avulsion de la dent malade.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

L'origine dentaire de certaines suppurations de la région palpébro-lacrymale risquerait fort de passer inaperçue aux yeux du médecin, ou même de l'ophtalmologiste que le malade va généralement consulter tout d'abord, si la notion de ces faits ne s'était répandue depuis la publication de quelques observations et de travaux concernant la question. Les erreurs de diagnostic sont néanmoins assez fréquentes encore, pour qu'il nous soit permis dans ce chapitre de rappeler brièvement les diverses affections de la région palpébro-lacrymale qui peuvent simuler plus ou moins les abcès qui nous occupent.

La plupart de ces différentes affections présentent à un examen superficiel un certain nombre de symptômes communs qu'il nous faut connaître, avant de rechercher les caractères particuliers à chacune d'elles et propres à nous faire porter un diagnostic sûr.

Dans presque tous les cas, nous nous trouvons en présence d'une tuméfaction plus ou moins considérable

de l'angle interne de l'œil avec œdème des paupières et produisant une occlusion complète de la fente palpébrale ou sa diminution manifeste. Cette asymétrie palpébrale et ce gonflement du grand angle frappent d'emblée l'observateur et lui font rechercher par la palpation la consistance des tissus palpébraux. D'habitude, à la mollesse œdémateuse des paupières, fait suite, au niveau de l'angle interne, une résistance assez marquée coïncidant avec une zone rougeâtre où toute pression réveille une douleur plus ou moins vive.

L'évolution de ces lésions s'accompagne le plus souvent de troubles généraux d'intensité variable : frissons avec élévation de température, céphalée, malaise, etc.. La muqueuse oculaire ne participe que faiblement aux symptômes réactionnels de voisinage ; parfois cependant une injection modérée de la conjonctive bulbaire, un peu de sécrétion muco-purulente dans l'angle interne témoignent d'une extension partielle du processus inflammatoire à la muqueuse oculaire. Puis la tumeur, bientôt fluctuante, si on n'intervient pas par un traitement approprié, finit par s'abcéder, laissant parfois à la suite un trajet fistuleux.

C'est alors qu'il sera utile, en présence du complexus symptomatique commun, de pousser plus avant l'investigation clinique et de passer en revue les diverses affections pouvant prêter à confusion, afin d'instituer ensuite un traitement efficace qui relèvera, suivant le cas, de l'ophtalmologiste, du stomatologiste ou du rhinologiste.

Des affections de la région palpébro-lacrymale qui peuvent simuler les abcès d'origine dentaire, les unes ont une évolution *aiguë*, et ce sont celles qui prêteront le plus facilement à une erreur de diagnostic ; les autres sont des affections *chroniques*, et ce n'est que plus rarement que leur diagnostic se posera avec celui d'un abcès dentaire fistulisé dont l'évolution traînerait en longueur.

Dacryocystite. — En présence d'une lésion inflammatoire aiguë de la région du grand angle de l'œil, on pensera tout d'abord à une affection des voies lacrymales, qui occupent la place prépondérante dans la pathologie de cette région. Et ce n'est en général, qu'après avoir écarté ce diagnostic, qu'on sera amené par élimination à rechercher l'origine dentaire de ces accidents.

Les ophtalmologistes distinguent dans les inflammations du sac lacrymal trois lésions différentes : la dacryocystite proprement dite, la dacryopéricystite suppurative et la péricystite lacrymale primitive de beaucoup la plus fréquente des trois; mais, dans la pratique, ces différents types se confondent, et il nous suffira de faire le diagnostic entre : d'une part une affection du sac lacrymal et d'autre part une affection d'origine dentaire.

Le malade atteint d'une affection des voies lacrymales (de péricystite phlegmoneuse pour prendre le cas le plus fréquent) accusera du larmoiement remontant à une époque plus ou moins lointaine ; en effet, la poussée aiguë de dacryocystite qui l'amène à consulter, aura été précédée d'une période variable de dacryocystite chroni-

que caractérisée par les symptômes suivants : la pression sur le sac lacrymal faisait sourdre au niveau des points lacrymaux un peu de pus ou de muco-pus; les paupières étaient agglutinées le matin au réveil par une sécrétion conjonctivale légère; enfin la poussée aiguë est apparue en général à l'occasion d'un coryza, ou d'une conjonctivite, bien que parfois sans cause nettement appréciable.

A l'occasion de la poussée aiguë se manifesteront des symptômes nouveaux : apparition d'une douleur vive siégeant dans la région lacrymale, et suivie, dans l'espace de 48 heures, d'un gonflement envahissant d'abord les téguments de l'angle naso-orbitaire. A l'examen du malade, avant que le pus soit collecté, on ne peut pas tenir grand compte pour le diagnostic du gonflement et de son siège, qui peuvent être les mêmes dans la dacryocystite et la fluxion dentaire. Roche insiste surtout à cette période sur l'aspect caractéristique de la tuméfaction dans la dacryocystite : « la rougeur affecte, dit-il, la forme d'une virgule dont la grosse extrémité siège dans le grand angle au niveau du tendon de l'orbiculaire, le dépassant un peu en haut, et dont le corps embrasse, dans une concavité supéro-externe, la paupière inférieure, en suivant le sillon palpébro-jugal et se perdant insensiblement sur la joue. » Mais plus tard, cet aspect disparaît, et, lorsque l'abcès est formé, la rougeur n'a plus rien de caractéristique. L'exploration au doigt ne réveille de douleur vraie que dans la région prélacrymale. Souvent il y a de l'adénite préauriculaire et le développement de l'affection s'est accompagné de céphalée, de fièvre et d'insomnie.

L'abcès constitué siège en un point variable; le plus souvent, il est situé au-devant du sac, constituant une tumeur fluctuante, ovoïde, à grand axe oblique en bas et en dehors; mais souvent aussi, le pus fuse au loin, décollant les téguments et venant pointer au-dessous du bord inférieur de l'orbite où il peut même fuser dans certains cas.

Très souvent, les douleurs que nous avons vues localisées à la région périsacculaire deviennent diffuses et peuvent simuler les douleurs d'origine dentaire. Si l'on joint à ce symptôme l'œdème de la joue étendu aux paupières, on voit que l'affection ressemble à s'y méprendre aux abcès d'origine dentaire.

Au stade phlegmoneux, comme à la période d'abcès, on voit donc que le diagnostic pourra être délicat avec les abcès d'origine dentaire qui viennent parfois former des collections bien limitées dans la région du sac lui-même.

Le diagnostic sera d'autant plus difficile dans certains cas qu'il nous sera impossible, à cause de la douleur et de la tuméfaction de la région, d'explorer la perméabilité des voies lacrymales. Cette exploration devra être faite chaque fois qu'on le pourra, en renversant légèrement la paupière inférieure et en poussant lentement par le point lacrymal inférieur avec la seringue d'Anel une injection d'eau bouillie. Dans la majorité des cas, si l'on a affaire à une affection des voies lacrymales, il existe du rétrécissement et l'injection au lieu de passer dans la narine correspondante ressortira par le point lacrymal. Cependant, si l'abcès est fistulisé, le liquide pourra ressortir par l'orifice cutané.

La différenciation entre les dacryocystites et les abcès dentaires est un peu plus difficile, lorsque dans ces derniers le larmoiement existe à un degré léger, tout au moins pendant la période de suppuration.

Dans les abcès d'origine dentaire, la douleur du début n'aura plus son siège au niveau du sac, mais au niveau des dents de la mâchoire supérieure. Le malade accusera d'autres douleurs dentaires antérieures; il aura pu se former une fistule gingivale, qu'il ne faudra pas oublier de rechercher sur la face externe de la gencive. La formation de l'abcès se fera plus lentement que dans la péricystite et la période de fluxion est plus longue. Enfin, lorsque la collection est ouverte, si l'on injecte un liquide par le point lacrymal, il ne reviendra pas par la fistule cutanée, mais bien par les fosses nasales.

Il est une autre forme de péricystite, la péricystite à forme périostée dans laquelle l'infection gagne dans la profondeur et envahit le périoste du voisinage. La réaction est généralement peu marquée et l'œdème peu considérable; il y a toujours la rougeur caractéristique en forme de virgule, sur laquelle insiste Roche, mais le sillon sous-palpébral est à peine effacé. Les douleurs semblent plus profondes et la marche est subaiguë; l'affection aboutit rarement à la suppuration. La région du sac est douloureuse à la pression, et lorsqu'on palpe profondément la branche montante du maxillaire supérieur au-dessous de l'orifice du canal nasal, l'os à ce niveau semble normal; au contraire, les phénomènes semblent être surtout marqués au niveau du rebord orbi-

taire inférieur, qui n'est plus net et tranchant, mais épaissi et douloureux au toucher.

Cette forme a pu être confondue dans certains cas avec des périostites du maxillaire supérieur d'origine dentaire, remontant le long de la branche montante. Le siège de la douleur à ce niveau, et non plus au niveau du rebord de l'orbite, facilitera le diagnostic.

Dans tous les cas difficiles, l'examen du pus pourra venir en aide au clinicien.

Dans les affections des voies lacrymales, on retrouve constamment le streptocoque. Il peut se faire qu'un ou plusieurs organismes lui soient associés, tels que le staphylocoque, le pneumocoque, etc., mais cela n'est pas la règle; on le trouve généralement à l'état de pureté et les cas où par contre le streptocoque ne participe pas à l'infection périlacrymale sont tout à fait exceptionnels.

Au contraire, dans les abcès dentaires, le pus caractéristique déjà par sa fétidité et par sa flore polymicrobienne contiendra, outre les microbes banaux de la suppuration, des microbes anaérobies que l'on rencontre dans les affections dentaires en général (bacillus ramosus, bacillus fragilis, cocco-bacille de Veillon et Morax...) Le streptocoque peut aussi s'y rencontrer, mais il y est toujours associé.

Parmi les affections des voies lacrymales, il n'y a que la péricystite gangréneuse, étudiée par Veillon et Morax, où l'on puisse rencontrer des microbes anaérobies.

Avant de terminer l'étude du diagnostic des inflammations des voies lacrymales avec les abcès d'origine dentaire, rappelons qu'on a signalé la possibilité de da-

cryocystites consécutives soit au rétrécissement du canal nasal par des lésions de périostite d'origine dentaire, soit à un empyème du sinus maxillaire également d'origine dentaire.

Cette constatation contribue encore à attirer l'attention sur les relations pathologiques qui peuvent exister entre les dents et les annexes de l'œil.

Phlegmon des paupières. — La péricystite lacrymale n'est pas la seule affection qui puisse se localiser au tissu cellulaire présacculaire. Il peut se former là une collection suppurée primitive qui n'est autre que le phlegmon des paupières limité à l'angle interne.

Ces abcès se rencontrent assez fréquemment en série chez les adolescents et présentent le plus souvent une évolution aiguë. Au niveau de l'angle interne existe une tuméfaction plus ou moins accusée entraînant un empâtement de la paupière inférieure vers sa partie interne. La tumeur spontanément douloureuse est plus sensible encore à la pression. Le ganglion préauriculaire est souvent hypertrophié. Dans les antécédents, on ne rencontre ni larmoiement, ni affection nasale ou dentaire. Mais on apprendra parfois que le malade est sujet à la blépharite ciliaire ou aux poussées furonculeuses.

La présence du staphylocoque dans le pus de l'abcès permettra d'admettre dans bien des cas cette origine.

Le trajet, après incision, ne montre généralement pas de dénudation osseuse, mais parfois l'inflammation du tissu cellulaire (phénomène comparable à ce que nous avons vu pour la péricystite périostée) s'étend au périoste

sous-jacent et l'on peut sentir le long du rebord orbitaire et sur la branche montante du maxillaire un épaisissement du périoste, signe qui, joint aux douleurs céphaliques et à l'œdème de la face, peut faire croire à une lésion ostéo-périostique d'origine dentaire. Dans ce cas, les antécédents blépharitiques et l'absence des symptômes dentaires lèveront tous les doutes.

Les inflammations des sinus de la face, peuvent aussi se faire jour à la région palpébro-lacrymale; mais les sinusites frontales ne prêtent guère à une erreur de diagnostic, car lorsqu'elles se fistulisent, l'orifice cutané qui donne issue au pus, siège au-dessus du tendon de l'orbiculaire, c'est-à-dire en un point où l'on ne rencontre jamais de fistule d'origine dentaire. Par contre, les empyèmes du sinus ethmoïdal et du sinus maxillaire peuvent être la source d'erreurs, après examen un peu superficiel.

Sinusites ethmoïdales. — Au déclin d'un coryza grippal par exemple, il n'est pas rare de voir survenir au niveau de la région palpébro-lacrymale une tuméfaction avec œdème orbitaire pouvant produire une légère déviation en dehors du globe oculaire sans modification en général de ses mouvements. On a alors l'aspect d'un phlegmon de l'orbite ou d'une péricystite violente, mais la douleur est plus profonde à la pression — Sous l'influence d'un simple traitement médical, tout peut rentrer dans l'ordre, mais quelquefois cependant une collection suppurée se forme, pouvant provoquer une fistule sinuso-

cutanée, siégeant au-dessus ou au-dessous du ligament palpébral interne. Lorsqu'on voit le malade à cette période, une erreur de diagnostic est possible : mais les commémoratifs, la présence de pus dans le méat moyen, les signes d'envahissement orbitaire et la douleur à la pression au niveau de l'unguis faciliteront le diagnostic.

Sinusites maxillaires. — Les abcès et fistules de la face antérieure du maxillaire supérieur, consécutifs à l'extériorisation d'un empyème du sinus sont relativement rares, depuis qu'on pratique précocement les interventions radicales prévenant leur apparition. Dans tous les cas, le siège principal de ces abcès jugaux est surtout à la fosse canine et à la partie *externe* de la région sous-orbitaire. Cependant on peut les rencontrer quelquefois dans l'angle interne (Observations XVI, XVII et XVIII).

Ces fistules ne sont d'ailleurs dans bien des cas, étant donnée la fréquence des lésions dentaires à l'origine des sinusites maxillaires, qu'une complication périorbitaire d'une affection dentaire. Mais ici au lieu de se propager directement par voie osseuse ou périostée, comme dans le cas des abcès qui font le sujet de notre travail, l'infection suit une voie détournée, dont le sinus maxillaire n'est qu'une étape.

En général l'infection se fait jour à la région palpébro-lacrymale, en provoquant des altérations osseuses assez étendues de l'apoplyse montante; à ce propos rappelons en passant que nous avons signalé dans un cha-

pitre précédent l'existence, assez souvent constatée sur l'os sec, d'un orifice établissant une communication directe entre la cavité du sinus et les parties molles : il est capable de jouer un certain rôle dans la propagation de l'infection.

L'observation XVI prise par Jourdain pour une « fistule lacrymale s'ouvrant dans le sinus maxillaire » semble devoir se rattacher à une sinusite ouverte au niveau de l'angle interne.

Rien n'y prouve, en effet, que les voies lacrymales aient été intéressées primitivement, le larmoiement n'étant pas signalé et la perméabilité du canal nasal n'ayant pas été recherchée.

D'autres fois, la mince lamelle osseuse qui sépare la cavité du sinus du sac lacrymal peut se nécroser et conduire ainsi le pus vers les voies lacrymales, donnant lieu à une dacryocystite aiguë secondaire qui peut se fistuliser.

Dans tous les cas, il sera facile de reconnaître la sinusite maxillaire. Si l'abcès extériorisé est fistulisé l'exploration au stylet permettra de reconnaître l'os dénudé, et même l'existence d'un orifice de communication avec l'antre ; les liquides injectés dans le trajet refluent par les fosses nasales; de plus, quand le malade se mouche ou éternue, la fistule livre passage à l'air, ce dont il se rend facilement compte.

A la période d'abcès fistulisé, la douleur sourde à la pression sur la paroi antérieur du maxillaire, la présence de pus dans le méat moyen, les résultats obtenus par la transillumination, au besoin même par le cathétérisme

et le lavage explorateur par le méat inférieur, faciliteront le diagnostic.

Phlegmon orbitaire. — Parmi les causes diverses qui peuvent donner naissance à un phlegmon orbitaire, citons particulièrement la sinusite maxillaire. Il est rare qu'il s'agisse d'une sinusite aiguë ; plus souvent à la suite d'un refroidissement, d'une infection dentaire nouvelle, ou même d'une intervention dentaire ou péridentaire, l'inflammation chronique du sinus peut gagner l'orbite par voie ostéo-périostée, plus rarement par inoculation des vaisseaux orbito-sinusiens. Cette origine sinusienne est bien connue. On en trouvera de nombreux exemples dans les thèses de Courtaix et Salva.

Le phlegmon, localisé à la partie antérieure surtout, peut faire égarer le diagnostic. Dans ce cas, la paupière inférieure est tendue, tuméfiée et rouge, le globe de l'œil peut être légèrement dévié ; il n'existe pas d'exophtalmie.

L'abcès collecté de la paupière inférieure pourra s'ouvrir ; par l'orifice s'écoulera un pus fétide, contenant souvent de petites esquilles osseuses ; par l'exploration au stylet, on a l'impression d'un os friable, dénudé et l'on peut pénétrer parfois dans l'antre. La recherche de ces signes, ainsi que de ceux de la sinusite maxillaire, permettra de rattacher à leur véritable cause ces divers accidents.

Ostéomyélite du maxillaire supérieur. — L'ostéomyélite du maxillaire supérieur, lorsqu'elle est limitée à l'apophyse montante, peut donner une fistule de l'angle

interne de l'œil, dont le diagnostic sera parfois fort difficile avec les fistules d'origine dentaire.

Les ostéomyélites du maxillaire supérieur par infection sanguine sont en effet très rares; elles relèvent dans l'immense majorité des cas d'une lésion dentaire. Aussi, bien des symptômes seront-ils communs aux deux affections.

Mais ici la lésion alvéolaire est au second plan et la lésion osseuse est la lésion capitale.

Dans le premier cas, en effet, l'extraction de la dent amène la guérison de la fistule et de la lésion osseuse très circonscrite qu'elle entretient. L'ostéomyélite, au contraire, s'accompagne de désordres plus graves; les phénomènes généraux sont plus intenses et les fistules d'ordinaire multiples, entretenues par la suppuration osseuse elle-même et non plus par la lésion alvéolaire, ne guériront qu'à la suite de l'ablation des séquestres. Dans le cas d'ostéomyélite, en effet, l'exploration au stylet permet d'arriver sur un os dénudé et peut faire découvrir un os mobile. Le périoste qui entoure l'orifice fistuleux est tuméfié, l'os paraît épaissi à ce niveau, et la peau lui est souvent adhérente.

L'érysipèle de la face peut fort bien débuter ou rester limité à l'angle interne de l'œil. Nous ne rappellerons pas les signes caractéristiques de cette affection. Il est rare de trouver de la suppuration, due à la mortification de la couche celluleuse sous-cutanée, qui fasse croire à une péricystite, et tout à fait exceptionnel de rencontrer une fistule.

La péricystite lacrymale peut d'ailleurs présenter assez fréquemment un aspect érysipélateux dû sans doute à la présence du streptocoque.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici ce que nous racontait un jour le docteur Frey : étant interne à l'hôpital Saint-Antoine et traversant la salle d'attente de la consultation, il aperçut une femme, la joue tuméfiée et présentant dans la région palpébro-lacrymale une petite tumeur rouge, douloureuse pour laquelle on avait porté le diagnostic de dacryocystite à forme érysipélateuse. Trouvant le siège de la lésion un peu bas situé pour une dacryocystite, il examina la bouche de la malade qui était en très mauvais état, et après quelques soins de bouche et l'extraction d'une dent malade, la guérison fut complète.

Nous éliminerons facilement du diagnostic les *adénites géniennes*, en raison de l'absence de ganglions lymphatiques dans la région palpébro-lacrymale proprement dite. Tout au plus, en existe-t-il parfois de façon très inconstante dans les régions avoisinantes : un au niveau du sillon naso-génien, et l'autre au-dessous du rebord orbitaire vers sa partie moyenne (Tillaux, Princeteau).

Citons, enfin, l'*orgeolet* qui situé au niveau du bord libre de la paupière ne pourra guère simuler l'abcès dentaire.

Telles sont les inflammations *aiguës* dont le diagnostic peut être à faire avec les abcès dentaires de la région

palpébro-lacrymale. Ce n'est que plus rarement que ceux-ci, non traités, fistulisés, tendant à la chronicité pourront être confondus avec des lésions inflammatoires *chroniques* (syphilis, tuberculose, actinomycose, sporotrichose), ou avec certaines tumeurs de la région (cancer du sinus maxillaire, sarcome des fosses nasales).

Parmi les lésions tuberculeuses que l'on peut rencontrer dans cette région, l'ostéo-périostite pourra seule prêter à confusion par l'aspect inflammatoire des téguments et par les fistules auxquelles elle peut donner lieu.

Ces fistules présenteront des bords amincis, décollés, bleuâtres. La lenteur d'évolution de la lésion et les autres manifestations tuberculeuses feront faire le diagnostic.

La syphilis est plus fréquente que la tuberculose dans cette région. L'infiltration gommeuse de l'unguis, des os propres du nez, mais surtout de l'apophyse montante du maxillaire peut induire en erreur. Le début est insidieux; cette tuméfaction s'accompagne d'œdème qui gagne la paupière inférieure et peut simuler assez bien la fluxion dentaire. Si la tumeur se ramollit et suppure, une fistule s'établit, donnant issue à un liquide gommeux. On recherchera d'autres signes de syphilis.

L'actinomycose et la sporotrichose pourront enfin, bien qu'exceptionnellement, se localiser à l'angle interne de l'œil. Ici, comme pour la syphilis et la tuberculose, les méthodes de laboratoire pourront aider au diagnostic.

Signalons enfin pour mémoire certaines tumeurs malignes, telles que le cancer du sinus maxillaire à forme suppurative ou un sarcome des fosses nasales qui pourraient, dans certains cas, simuler un phlegmon ou une fistule d'origine dentaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Carie de la première grosse molaire supérieure droite. Ostéo-périostite. — Abcès, puis fistule gingivale. — Nouvel abcès et ouverture restant fistuleuse au niveau du bord inférieur de l'orbite. — Extraction de la dent. — Guérison. — (Obs. citée in. thèse Oyize, Paris 1896-97).

Louise R...., modiste à Paris, a une bonne constitution et jouit d'une bonne santé habituelle.

Au mois de juin 1874, elle fut prise d'un violent mal de dents, suivi à un court intervalle de la formation d'un abcès siégeant sur la gencive, à la face externe de la mâchoire supérieure, dans un point peu éloigné de la première grosse molaire droite. Cet abcès ouvert avec le bistouri donna issue à une cuillerée de pus; l'état inflammatoire s'amenda peu à peu et les douleurs cessèrent; un peu d'empâtement, une légère augmentation de volume, une sensation anormale de chaleur sur la joue persistèrent seuls; mais l'ouverture de l'abcès livra passage pendant une vingtaine de jours à un suintement sanieux et fétide; quelques injections astringentes faites avec soin en déterminèrent bientôt l'occlusion. Celle-ci était effectuée depuis une huitaine de jours lorsque toute la joue droite fut envahie par un vaste phlegmon à marche rapide.

bientôt converti en abcès qui s'ouvrit spontanément au dehors, sous l'influence des émollients, à 1 centimètre 1/2 environ au-dessous de l'arcade orbitaire et laissa s'écouler une assez grande quantité de pus. Le gonflement de la joue disparut rapidement ainsi que la douleur, mais l'ouverture de l'abcès persista, laissant écouler de temps en temps quelques gouttelettes de pus plus abondantes lorsqu'on pressait la joue de bas en haut ; de plus, tous les 15 ou 20 jours survenait une légère poussée inflammatoire sous forme de fluxion presque indolente qui ne durait guère plus de 30 à 40 heures. Mlle R.... resta dans cette situation jusqu'au mois de septembre, époque à laquelle elle se décida à consulter un chirurgien distingué des hôpitaux.

Celui-ci fit une ouverture au fond du vestibule de la bouche, au niveau de la deuxième grosse molaire, sur la même ligne verticale que l'orifice externe et plaça un tube à drainage passant à travers les deux orifices et dont les deux extrémités furent réunies au dehors. Ce chirurgien recommanda en même temps de faire tous les jours par le tube en caoutchouc, une injection avec de la teinture d'iode diluée. Ce traitement fut pratiqué jusqu'au mois d'avril 1875, sans amener une amélioration sensible dans l'état de la malade : l'orifice cutané ne se fermait pas et restait toujours humide ; mais à ce niveau, la peau se déprimait chaque jour et devenait adhérente à l'os. Par l'orifice muqueux, s'effectuait un suintement sanieux d'une odeur et d'un goût désagréables. Au mois de mai 1875, Mlle R.... se confia aux soins d'un nouveau médecin : celui-ci croyant sa jeune cliente sous l'influence de la scrofule, en pensant sans doute à une fistule entretenue par une carie d'origine scrofuleuse, institua un traitement général : huile de foie de morue, fer, quinquina ; il conseilla même fortement le séjour à la campagne.

Au mois d'août, Mlle R.... partit pour le Havre où elle fit un séjour de quatre mois. Pendant tout ce temps, l'état de la joue ne subit aucun changement ; de temps en temps, surve-

nait une fluxion avec les caractères que nous avons déjà vus plus haut; les deux orifices fistuleux persistaient, entretenus toujours par un suintement sanieux. Le traitement interne, inauguré depuis cinq mois ayant complètement échoué, Mlle R.... revenue à Paris, recommença les injections astringentes par la fistule cutanée. Celle-ci se ferma enfin complètement et assez rapidement.

Le 22 janvier dernier, la malade nous est présentée.

Voici ce qu'il nous est permis de constater : la mâchoire inférieure présente presque toutes les dents en mauvais état, cariées, réduites à leurs racines ou à quelques fragments de couronne; toutefois, aucun phénomène de douleur; gencives et parties voisines saines. La mâchoire supérieure du côté gauche offre deux dents cariées, occasionnant de temps en temps des douleurs passagères et peu intenses; du côté droit, manquent la deuxième prémolaire et la deuxième grosse molaire. La première grosse molaire isolée présente une coloration noirâtre et est atteinte de carie pénétrante avec destruction de la pulpe : elle est indolente. Au-dessus d'elle, la muqueuse gingivale est épaissie, et près du sillon gingivo-labial existe une ouverture béante, large comme une plume d'oie; un stylet introduit par cette ouverture, conduit sur le maxillaire supérieur sur lequel on peut constater des rugosités; le point sur lequel on arrive et qui forme évidemment partie de la paroi du sinus maxillaire, offre peu de résistance. En palpant la région malade avec le doigt, on sent comme un cordon dur, fibreux, partant de la muqueuse gingivale, qui recouvre la première grosse molaire, et remontant verticalement dans la direction du stylet jusqu'au point où existait la fistule cutanée.

La santé générale de la malade paraît bonne; nulle trace de scrofule, pas d'engorgement ganglionnaire : il n'y a pas d'hésitation possible, nous nous trouvons en face d'une affection locale qui a son origine dans le système dentaire. Tous les accidents ont eu pour point de départ la carie de la pre-

mière grosse molaire atteinte consécutivement de périostite chronique du sommet, celle-ci amenant à son tour une véritable ostéite du maxillaire supérieur et l'entretenant indéfiniment. La carie actuelle de la dent, sa coloration spéciale, la série des phénomènes observés nous confirment dans notre diagnostic; nous n'hésitons même pas à annoncer, avant l'extraction de la dent devenue inévitable, l'altération spéciale de ses racines.

L'extraction qui est désormais le seul traitement efficace et définitif, est bientôt pratiquée, et voici en effet ce que nous constatons : les trois racines de la dent sont rugueuses, surtout au sommet : elles emportent avec elles des lambeaux de périoste hypertrophié; le cément forme par places de petites exostoses sur les racines; on trouve, en un mot, les altérations de la périostite alvéolo-dentaire de longue durée.

La jeune malade revue par nous quelque temps après l'extraction de la dent, peut être considérée comme guérie; la fistule muqueuse gingivale s'est refermée; il n'y a plus de suintement; l'empâtement de la face a disparu; il n'y a plus qu'une cicatrice déprimée, profondément adhérente à l'os, à 1 centimètre environ au-dessous du rebord orbitaire et qui paraît malheureusement indélébile.

OBSERVATION II

Fistule de la paupière inférieure entretenue par une dent cariée. (Parinaud. — *Archives générales de médecine*, 1880, Tome I.)

Camille N..., âgé de 5 ans, est conduit à mon dispensaire le 26 juillet 1879. Sa mère raconte que vers la fin du mois de mai, c'est-à-dire deux mois avant, l'enfant avait commencé à souffrir des dents de la mâchoire supérieure du côté droit. Ces douleurs d'une intensité modérée et présentant des inter-

mittences, ont duré une quinzaine de jours sans empêcher l'enfant d'aller à l'école.

Un matin, après une nuit où les douleurs furent plus vives, l'enfant se lève avec une fluxion du côté droit qui ne tarde pas à prendre des proportions énormes, envahissant dans une certaine mesure le côté gauche. Quatre ou cinq jours après le développement de la fluxion, un abcès se forme au niveau de la paupière inférieure droite et son ouverture donne issue à une assez grande quantité de pus. Depuis lors, il s'est établi une fistule qui suppure depuis un mois et demi, sans qu'il soit sorti d'esquilles.

Je constate chez cet enfant l'existence d'un orifice fistuleux siégeant au niveau du trou sous-orbitaire, entouré de bourgeons charnus peu développés. La peau est adhérente à ce niveau sans qu'il y ait tendance à la formation d'un ectropion. Il m'est impossible d'introduire un stylet au-delà de 6 à 8 millimètres. Je ne constate aucune esquille, aucune dénudation de l'os. La suppuration est peu abondante : elle a du reste beaucoup diminué depuis quelques jours. L'induration des tissus au niveau de la fistule est très limitée : elle est nulle dans la fosse canine où la pression n'éveille aucune douleur. Il n'y a en un mot aucune trace d'un trajet fistuleux dans les parties molles de la joue.

Du côté de la bouche, l'exploration du cul de sac vestibulaire est également négative. Il n'existe pas de fistule gingivale. Toutes les dents temporaires sont en place et paraissent saines, sauf la première molaire qui a la teinte bleuâtre des caries profondes. Dans l'impossibilité de rapporter cette fistule à aucune autre cause, je conseille l'avulsion de la dent suspecte qui me fut rapportée, et j'ai pu constater outre l'atrophie des racines que l'on trouve habituellement sur les dents de lait au moment de leur chute, une carie profonde ayant détruit toute la couronne. Huit jours après, la fistule cutanée était fermée.

OBSERVATION III

Fistule dentaire ouverte au niveau de la paupière inférieure et communiquant avec un orifice alvéolaire. Nécrose consécutive du rebord de l'orbite. (Parinaud. — *Archives générales de Médecine*, 1880. Tome I).

Maxime G..., âgé de 5 ans, est pris le 5 septembre 1878, d'un violent mal de dents ayant son siège principal au niveau des molaires supérieures droites. Le lendemain, tuméfaction considérable de la gencive accompagnée d'une fluxion; qui, d'abord limitée au côté droit de la face, a envahi aussi le côté gauche, où elle a été toutefois moins prononcée.

Le 3e jour, on incise la gencive au niveau de la première molaire, mais il ne sort pas de pus. Une fièvre intense se déclare; le pouls s'élève à 120 pulsations et cet état fébrile, accompagné d'une constipation opiniâtre, a duré vingt-cinq jours.

Vers la fin de septembre, avec une amélioration de l'état général, la tuméfaction de la face diminue sensiblement. On extrait alors la première molaire supérieure droite qui était cariée. A cette époque, apparaît au niveau de la paupière inférieure de l'œil droit une rougeur qui aboutit bientôt à la formation d'un abcès qu'on ouvre le 8 octobre. Il en sort une quantité assez considérable de pus, et l'on remarque à ce moment que la pression exercée sur l'abcès fait refluer le pus par la bouche au niveau de la dent extraite.

A partir de cette époque, l'état général devient de plus en plus satisfaisant et l'abcès de la paupière inférieure est remplacé par une ouverture fistuleuse. On enlève successivement la deuxième molaire, puis les deux premières molaires de seconde dentition apparaissant dans les alvéoles des dents extraites. Enfin, dans l'espace de trois mois environ, on retire par la fistule cutanée quatre esquilles dont la première assez

volumineuse appartenait manifestement au rebord de l'orbite.

La communication entre la fistule cutanée et l'orifice alvéolaire dont j'ai parlé a été plusieurs fois constatée à l'aide d'injections. Elle était d'ailleurs assez facile pour que l'enfant fasse refluer par l'orifice cutané les liquides contenus dans la bouche. Jamais le pus ni les liquides des injections n'avaient pénétré dans les fosses nasales.

Lorsque j'ai examiné cet enfant, six mois environ après le début des accidents, je constatai au niveau du tiers externe de la paupière inférieure, à un centimètre du bord libre, une dépression cicatricielle au fond de laquelle se trouve un orifice fistuleux donnant issue à une petite quantité de pus. Cette dépression est prolongée en dehors et en dedans par un sillon cutané parallèle à la paupière, résultant du plissement de la peau. Au niveau de la fistule, on sent une échancrure assez prononcée du rebord orbitaire produite par une perte de substance de l'os intéressant particulièrement la portion molaire du pourtour de l'orbite. Au centre de l'orifice fistuleux entouré de bourgeons charnus peu développés, on reconnaît avec le doigt la présence d'une aiguille osseuse non mobile. Le stylet permet également de constater l'altération osseuse sous-jacente. L'induration des tissus autour de la fistule ne s'étend pas très loin. Il n'y a aucun empâtement dans la fosse canine où la peau est parfaitement mobile et la pression non douloureuse alors que le moindre attouchement est mal supporté dans la région de la fistule.

Dans la bouche, il existe au niveau de l'alvéole de la première molaire une sorte d'exsudation grisâtre, consistante, adhérente aux parties sous-jacentes et paraissant correspondre à une fistule ancienne cicatrisée. La véritable fistule se trouve située profondément dans le sillon gingivo-labial, au niveau de l'alvéole de la deuxième molaire. Il ne s'écoule plus par cet orifice qu'une petite quantité de pus. La suppuration qui se fait actuellement par la fistule cutanée paraît entretenue par la nécrose de l'os sous-jacent, bien plus

que par l'altération alvéolaire. Dans la bouche, pas plus que du côté de la face, on ne trouve d'induration qui corresponde à un trajet fistuleux dans les parties molles.

Les dents qui avaient causé ces désordres ayant été enlevées, et l'affection étant manifestement en voie de guérison, je n'ai conseillé aucun traitement, et j'ai tout lieu de croire que cet enfant, dont je n'ai plus eu de nouvelles a été complètement guéri, en conservant toutefois une cicatrice assez disgracieuse.

OBSERVATION IV

Fistule dentaire simulant une fistule lacrymale. (Parinaud, — *Journal des connaissances médicales* du 7 sept. 1882, reproduit in *Revue odontologique*, mars 1883).

L'enfant que j'ai présenté à la Société de Chirurgie, est atteint d'une affection qui a toutes les apparences d'une fistule lacrymale; c'est, en réalité, une fistule dentaire. Ce n'est pas précisément sur cette similitude que j'appelle l'attention, mais sur une variété de fistule spéciale à l'enfance que j'ai signalée. (Des suppurations de la paupière inférieure et de la région du sac lacrymal, *Arch. gén. de méd. et de chir.* 1880.) et dont ce malade offre un exemple.

Cet enfant, âgé de 7 ans, présente, au-dessous du grand angle de l'œil gauche, une tumeur d'aspect inflammatoire sur laquelle apparaît un orifice fistuleux. Cette affection, par son siège et ses caractères, donne immédiatement l'idée d'une fistule lacrymale, mais il est facile de s'assurer, à l'aide d'injections, que le canal nasal est parfaitement libre et que la fistule n'a aucun rapport avec la cavité du sac. L'exploration à l'aide du stylet ne révèle aucune dénudation osseuse sous-jacente. La suppuration a beaucoup diminué depuis quelque temps et paraît sur le point de s'éteindre.

Du côté de la bouche, il existe, dans le cul de sac vestibulaire, au niveau de la canine supérieure, un second orifice fistuleux. Les deux incisives supérieures sont en voie d'évolution. La première molaire était absente quand j'ai vu le malade pour la première fois, il y a huit jours. Il ne restait à ce niveau des dents de première dentition, que la canine que j'ai fait enlever et qui présente, outre l'érosion des racines, une carie de la couronne.

On ne trouve dans le cul de sac gingivo-labial aucune trace de cordon reliant les deux orifices fistuleux. Il n'existe pas non plus entre eux de communication perméable aux injections, comme cela peut s'observer dans les cas de ce genre.

Les renseignements sur le début de l'affection, quoique incomplets, sont intéressants à noter. Il y a deux mois, le malade est pris d'une fluxion du côté gauche de la face. Huit jours après apparaît au-dessous du grand angle de l'œil un point inflammatoire qui s'abcède et s'ouvre spontanément.

La fluxion a disparu au moment de la formation de l'abcès. Le pus s'est collecté de nouveau, et à deux reprises différentes, a dû être évacué à l'aide du bistouri.

OBSERVATION V

Abcès d'origine dentaire développé au-devant du sac lacrymal.
(Parinaud, *Archives générales de médecine*, 1880, Tome I.)

Henriette Dup...., 28 ans, entrée le 4 octobre 1879 à l'hôpital Cochin, dans le service du Docteur Lucas-Championnière.

A la fin de janvier 1879, à la suite d'un violent mal de dents, la malade sent se former un point inflammatoire au niveau du sac lacrymal droit. La tumeur grosse comme le pouce simule une tumeur lacrymale, mais le cours des larmes reste normal. La douleur est vive, le sommeil suspendu pendant dix-sept jours. La tumeur ouverte par le Docteur Desportes à la fin de

mars a laissé écouler une assez grande quantité de pus. La guérison survient rapidement,

Peu de temps après, deux abcès dentaires se produisent successivement au niveau de l'incisive latérale correspondante qui est cariée. Ces abcès s'ouvrent spontanément.

« Bien que la malade n'ait été observée que longtemps après les premiers accidents, il est facile, dit le Docteur Lucas-Championnière, de voir que les voies lacrymales sont indemnes. On ne trouve, il est vrai, aucune trace de la propagation de l'inflammation de l'incisive et de la première molaire cariées jusqu'à la région du sac; je maintiens cependant en me fondant sur d'autres faits analogues que, malgré son éloignement, le premier abcès était certainement une conséquence de la lésion dentaire. »

OBSERVATION VI

Abcès fistuleux d'origine dentaire simulant une dacryocystite.
(Dr Guérard, de Tours. *Revue mensuelle de Stomatologie.* Avril 1896.)

Le 8 novembre 1892, Mme C..., 22 ans, vient réclamer nos soins pour un abcès situé immédiatement au-dessous du grand angle de l'œil droit. Cet abcès est du volume d une fève dont le grand diamètre s'étend de haut en bas et présente l'aspect rouge lie de vin. Par plusieurs petites parties situées à sa surface s'écoule un liquide assez abondant, puisque la malade est obligée, plusieurs fois par jour, de presser sur la tumeur pour le faire sortir; il a l'aspect muco-purulent. Un fin stylet (sonde de Bowmann) introduit dans l'une des parties permet de sentir un os dénudé et rugueux. Si on le dirige verticalement de haut en bas, on s'aperçoit que sa direction correspond assez exactement à la pointe de la racine de la petite incisive du côté correspondant. La paupière inférieure, surtout dans

son tiers interne, est très tuméfiée. Le sillon qui correspond au nez et à la joue est effacé par la tuméfaction jusqu'au voisinage de l'aile du nez; du côté du globe oculaire, pas de conjonctivite, ni de larmoiement. Les voies lacrymales sont restées perméables : pas de sécheresse de la narine droite.

La malade raconte qu'il y a environ trois semaines, elle a eu une fluxion accompagnée de fièvre, à la suite de laquelle un abcès est venu s'ouvrir dans le sillon gingivo-labial au-dessus de la seconde incisive droite supérieure...

Cinq jours après, alors que toute fluxion avait disparu, ainsi que l'écoulement du pus par la bouche, la malade ressentit une douleur lancinante au siège actuel de la tumeur; peu de temps après, celle-ci apparut.

La peau s'amincit et les petites ouvertures fistuleuses s'établirent.

Jusqu'à ce jour, la malade, ne soupçonnant pas l'origine dentaire de son affection, se contenta, sur l'avis d'un confrère, d'applications de compresses d'eau boriquée chaudes.

L'examen de la bouche nous donne le résultat suivant : dents généralement mauvaises; mais, du côté supérieur droit, grande incisive et canine bonnes.

La petite incisive seule est cariée, mais au deuxième degré seulement, c'est-à-dire sans communication avec la chambre pulpaire. Cependant elle a l'aspect noirâtre ardoisée des dents infectées. La dentine est absolument insensible au contact des instruments et la dent est elle-même insensible à la percussion. La gencive au voisinage de la dent est indemne dans sa coloration, sa consistance et son volume. Le doigt, porté très haut dans le sillon gingivo-labial, au-dessus de la dent malade sent une légère rénitence.

Diagnostic. — Vu l'absence de troubles oculaires proprement dits, tels que conjonctivite, larmoiement, imperméabilité des voies lacrymales et conséquence, sécheresse de la muqueuse nasale, nous rejetons de suite l'idée d'une inflammation avec suppuration du sac lacrymal; mais d'un autre côté,

l'état infectieux de la dent, la fluxion antérieure, l'abcès consécutif, mais guéri depuis, la direction du trajet reconnu à l'aide du stylet, nous font sans hésiter porter le diagnostic de fistule d'origine dentaire consécutive à une pulpite infectieuse.

Traitement. — N'espérant pas, par une simple trépanation de la dent, donner une issue assez complète au pus, nous décidons la malade à faire le sacrifice de sa dent.

L'extraction étant faite, un stylet introduit dans l'alvéole, va pénétrer en ligne droite de bas en haut dans la tumeur fistuleuse. Un fait à remarquer qu'explique l'absence de phénomènes inflammatoires bien nets du côté de la bouche, c'est le trajet osseux que paraît suivre le stylet après avoir franchi le fond alvéolaire, trajet osseux qui semble sortir au niveau même de la tumeur.

Aujourd'hui 19 novembre, sans autre traitement que des injections de liquide antiseptique poussées dans l'alvéole, la guérison est complète; la peau est encore un peu rouge, mais recollée aux tissus sous-jacents.

OBSERVATION VII

Périostite du maxillaire supérieur d'origine dentaire simulant une péricystite. (Observation recueillie par M. le Docteur Morax à la clinique de M. Parinaud, in thèse Roche 1901-1902).

Mlle Boit..., 28 ans, se présente à la clinique le 11 mars 1892.

La première molaire droite est cariée depuis 18 mois. Elle a eu de fréquentes névralgies et des abcès s'ouvrent sur la gencive. A l'heure actuelle, la première molaire droite est réduite à l'état d'un chicot à peine saillant sur le bord de la gencive; au niveau de la racine, sur la gencive, on voit une fistule s'ouvrant au sommet d'une petite élevure rouge. Cette fistule a été constatée par la malade, il y a déjà un an.

Il y a trois semaines, larmoiement continuel de l'œil droit, puis il y a huit jours, légère tuméfaction au niveau de l'angle interne de l'œil droit, tuméfaction profonde à point de départ osseux. Pas de douleurs spontanées. Douleurs à la pression au niveau du rebord orbitaire inférieur, dans le tiers interne. On sent sur ce rebord et à sa partie tout à fait interne un petit point plus saillant et plus douloureux. En somme la tuméfaction et la douleur sont strictement localisées à la branche montante du maxillaire supérieur. Les autres parties du maxillaire ne sont ni douloureuses, ni tuméfiées. Il existe du côté malade un ganglion préauriculaire, légèrement augmenté de volume et qui a été le siège de quelques douleurs.

Il n'y a pas d'obstruction des voies lacrymales : l'injection passe assez facilement.

Le 14 mars. — Le larmoiement a cessé quelques jours après l'injection : il a repris aujourd'hui et l'injection passe plus difficilement. Ces jours derniers, les phénomènes douloureux se sont accusés et les phénomènes généraux : fièvre, céphalée, inappétence, ont fait leur apparition.

On conseille à la malade l'avulsion de sa dent cariée.

Le 15 mars. — La malade revient avec la note suivante du dentiste : « La malade se présente avec deux dents mortes, la première et la seconde prémolaires droites. De la première prémolaire ne restent que des racines. Au-dessus de cette dent se voit une petite fistule gingivale. La dent est immobile et non sensible à la percussion. La deuxième prémolaire est intacte, mais c'est une dent morte, ainsi que l'atteste la teinte bleutée qu'elle présente. Cette dent est mobile et non douloureuse à la percussion : il n'existe pas de fistule gingivale, mais un gonflement très manifeste se voit sur la face antérieure du maxillaire à son niveau. »

Les deux dents sont enlevées après anesthésie à la cocaïne. Ce qui frappe après l'extraction, c'est la longueur démesurée de la racine de la deuxième prémolaire dont le périoste est infecté. La longueur montre que la pointe de la racine devait être très

rapprochée du sinus maxillaire, peut-être même y pénétrer. Je pratique quelques injections d'eau phéniquée au 2/150 dans les deux alvéoles et je recommande à la malade de se nettoyer la bouche avec une solution de chloral.

Le 20 mars. — Malgré l'avulsion dentaire, les phénomènes douloureux et inflammatoires ont persisté et il s'est produit une collection purulente limitée à l'angle interne de l'œil, qui s'est ouverte spontanément en laissant après elle une fistule cutarée. Le larmoiement est moins considérable et l'exploration lacrymale nous montre que l'injection passe très bien.

OBSERVATION VIII

Abcès dentaire simulant une péricystite. — (Observation recueillie par M. le Docteur Morax à la clinique de M. Parinaud, in Thèse Roche 1901-1902).

Mme Mar... de Colombes, 20 septembre 1893.

Il y a trois semaines appparut une tuméfaction de la joue droite, ressemblant à une fluxion, puis formation d'une induration au-dessous de l'angle interne de l'œil droit.

La malade se présente à nous le 19 septembre. Elle a une tuméfaction inflammatoire du volume d'une noisette dans la région du sac lacrymal et ressemblant à une tumeur lacrymale d'une façon telle que le médecin la conduit avec ce diagnostic.

Cependant la tumeur siège un peu au-dessous de la région du sac, empiétant sur cette dernière de sa moitié supérieure : elle a le volume d'une noisette, fluctuante, très douloureuse à la pression, entourée d'une zone d'œdème inflammatoire, rouge et empâté. On explore les voies lacrymales qui sont très perméables.

En examinant la mâchoire supérieure, on constate qu'au niveau de la première incisive, il existe un trajet fistuleux par

lequel s'évacue de temps à autre un peu de pus à odeur fétide. La région est douloureuse, et le malade en souffre, mais on ne peut préciser si c'est la canine ou la première incisive qui est en jeu, car des dents supérieures il ne reste que les racines. En faisant une aspiration sur ce trajet fistuleux, le malade dit avoir la sensation d'une communication entre le trajet dentaire et le foyer inflammatoire.

Ce jour, on n'incise pas la tumeur et on conseille à la malade l'avulsion de la première incisive.

Le 21 septembre, la malade revient. La dent a été enlevée et la tumeur s'est affaissée considérablement. On introduit par le trajet buccal un stylet fin qui pénètre jusqu'à 2 cm. et demi. Enfin, en pressant sur la tumeur, on fait sourdre du pus par l'orifice alvéolaire.

OBSERVATION IX

Périostite du bord inférieur de l'orbite gauche à évolution aiguë. Abcès de la région palpébro-lacrymale d'origine dentaire. Incision. (Dr Morax. — *Répertoire de médecine internationale*, avril 1911).

D..., Rosalie, 44 ans, se présente le 19 janvier 1905 à l'Hôpital Lariboisière pour une tuméfaction palpébrale.

Les antécédents personnels ou familiaux n'offrent aucun intérêt pour l'affection actuelle qui a débuté il y a 15 jours, et a été d'emblée très douloureuse, empêchant le sommeil. La tuméfaction siégeait au-dessus du sillon naso-génien gauche à cheval sur le nez et la joue et formait une saillie de la grosseur d'une amande. Bientôt les téguments rougirent et la tuméfaction s'étendit jusqu'à la commissure interne des paupières et à la partie interne de la paupière inférieure. L'œil était légèrement larmoyant depuis la tuméfaction.

La malade a consulté un dentiste qui se contente de faire

une incision gingivale au niveau d'un chicot correspondant à la canine. L'affection continue à évoluer; aussi la malade se rendit-elle à l'École dentaire où l'on pratique l'extraction du chicot.

Lorsque nous voyons la malade, nous constatons l'absence de toute dent ou racine dans la moitié gauche du maxillaire supérieur. La tuméfaction palpébro-lacrymale est très douloureuse à la pression, surtout dans sa partie centrale qui est fluctuante.

Le 20 janvier, la tuméfaction et la fluctuation ont augmenté; on incise l'abcès avec anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Il s'écoule un pus bien lié.

Les suites sont très simples; et le 3 février, la suppuration était tarie; il ne persiste qu'un léger épaisissement du périoste au point occupé par l'abcès.

L'examen du pus montra la présence d'un coccus prenant le Gram et donna des cultures transparentes différant des colonies des staphylocoques. Il existe en outre un petit bacille fin dont la culture n'a pas pu être obtenue. Il n'avait pas été fait de cultures anaérobies.

OBSERVATION X

Abcès palpébro-lacrymal d'origine dentaire (Observation du Dr J. Chaillous reproduite par le Dr Morax *in Répertoire de Médecine internationale*, avril 1911).

Le 9 janvier 1909, Mlle C..., âgée de 19 ans, vient consulter à la maison départementale de Nanterre pour un abcès de la région palpébrale gauche; l'affection a débuté vers le milieu de décembre par des douleurs d'origine dentaire : les douleurs sont vives et sont bientôt accompagnées de gonflement de la joue. L'œdème s'étend peu à peu de bas en haut et vers la fin de décembre, il occupait les deux paupières inférieures,

avec prédominance du côté gauche. Dans les derniers jours de décembre, il se fait spontanément une ouverture de l'abcès et le pus coule abondamment.

Le 9 janvier 1909, on constatait un gonflement de toute la joue gauche, rendant la face asymétrique. Au-dessous de la région lacrymale, la peau était d'un rouge violacé, et au point le plus violacé, on constatait deux petits orifices par où s'écoule du pus.

Comme la malade n'avait jamais eu de larmoiement, comme la région du sac n'était pas douloureuse, et que tout faisait présumer une affection d'origine dentaire, la malade fut envoyée au Dr Robin, médecin de la Maison départementale de Nanterre. Son diagnostic fut « abcès alvéolaire de la canine ». La dent malade fut enlevée et la fistule pseudo-lacrymale traitée par des lavages à l'eau oxygénée.

La cicatrisation se fit peu à peu : elle ne fut complète qu'un mois après le début du traitement de l'affection dentaire.

Le pus de l'abcès trouvé au sommet de la racine de la canine contenait à l'état de pureté et en grande abondance, un bacille à formes allongées. Le même bacille, prenant le Gram, fut retrouvé dans les frottis du pus recueillis au niveau de la paupière inférieure gauche; ce pus contenait également des chaînettes et des amas de cocci prenant le Gram. Il ne fut point fait de cultures.

OBSERVATION XI

Abcès périostique périorbitaire d'origine dentaire. (Dr Moran. *Recueil d'ophtalmologie.* — Juin 1909).

M. X..., employé du Nord, âgé de 28 ans, à la suite d'une carie de la deuxième prémolaire droite, fit un abcès au bord supérieur du maxilaire supérieur du côté droit. Cet abcès fut incisé, mais il persiste à la suite une cicatrice adhérente et

rétractile, qui produisit un ectropion très marqué de la paupière inférieure. C'est pour cet ectropion que le malade nous fut adressé. M. Rodier, dentiste de l'hôpital Lariboisière, m'écrit à son sujet : « Il n'y a rien à faire momentanément du côté des dents. La racine de la première prémolaire n'est pour rien dans la fistule, qui était occasionnée par la racine de la deuxième prémolaire extraite. Au moment de l'extraction, le malade affirme que du pus s'est écoulé par l'alvéole. Cela me permet d'incriminer la racine extraite à l'exclusion de celle qui persiste. La guérison de la fistule confirme également cette origine. » Le 1er mai de cette année, je reséquai, comme on doit le faire dans les cas de ce genre, la cicatrice adhérente et fis une large greffe à lambeau pédiculé emprunté à la région temporale. L'opération fut suivie d'un très bon résultat.

L'examen du sinus montre l'intégrité absolue de cette cavité. L'infection dentaire partie de l'alvéole avait gagné le tissus osseux et le périoste sans pénétrer dans le sinus.

La racine de la deuxième prémolaire avait été extraite, mais un mois après, le malade se présentait à nouveau avec une tuméfaction nouvelle de la région palpébrale inférieure et avec sensibilité vive à la pression. Un nouveau point d'ostéo-périostite paraît actuellement en évolution. S'agit-il d'un réveil de l'ancienne infection ou d'une poussée nouvelle? Nous adopterions plutôt cette dernière hypothèse, car s'il s'agissait d'un réveil, elle se serait produite aussitôt après l'opération, et non après un mois de calme absolu.

OBSERVATION XII

Phlegmon prémaxillaire d'origine dentaire. Fistule prélacrymale (Dr Morax. *Recueil d'ophtalmologie.* Juin 1909 et *Répertoire de Médecine internationale.* Avril 1911).

Mme G..., âgée de 29 ans, nous est adressée le 2 jan-

vier 1909 pour une tuméfaction douloureuse occupant la région palpébro-nasale droite, et qui fait penser tout d'abord à une péricystite lacrymale suppurée. Néanmoins, un rapide interrogatoire permet d'éliminer ce diagnostic. Il n'y a pas de passé lacrymal et l'œil ne présente même actuellement aucune tendance au larmoiement. La malade nous apprend par contre qu'elle a souffert des dents et que ses deux incisives latérales supérieures cariées et réduites à l'état de chicots depuis plusieurs années, l'ont forcée à porter depuis un an au moins un dentier à la mâchoire supérieure. Ces incisives cariées n'ont pas été douloureuses jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque, la racine de l'incisive latérale supérieure droite a donné lieu à des névralgies assez accusées suivies dès le lendemain par l'apparition d'un œdème de la joue correspondante. A cet œdème d'abord diffus a succédé la tuméfaction dure et douloureuse que nous observons aujourd'hui encore. Un confrère a été à la recherche de l'abcès maxillaire, dont il supposait à juste titre l'existence. Au dire de la malade, il pratiqua d'abord deux ponctions blanches au bistouri sur la région latérale de la face antérieure du maxillaire. Une troisième ponction faite dans le sillon palpébro-nasal, au point où se trouve encore un foyer fistuleux aurait enfin amené l'évacuation du pus, évacuation qui, plus ou moins abondante, a persisté depuis lors.

Voici ce que nous notions le 5 janvier : la tuméfaction occupe toute la partie latérale du nez du côté droit. Elle a son point culminant sur un plan passant par le milieu du nez.

Au-dessus, dans le pli palpébro-nasal, un peu en dehors de la région lacrymale, on voit une fistule située au centre d'un bourrelet bourgeonnant par laquelle s'écoule une goutte de pus. Au niveau de la tuméfaction, les téguments sont un peu plus rosés; la pression est un peu douloureuse et fait sourdre un peu de pus par la fistule.

On sent que le périoste du maxillaire supérieur dans la région correspondante est tuméfié. L'exploration de la fistule

avec le stylet montre que le trajet se continue en bas sur le maxillaire jusqu'au point correspondant à la racine de l'incisive latérale droite.

L'examen du nez et du sinus maxillaire pratiqué par le docteur Baldenweck montre l'intégrité de ces cavités. Le sinus ponctionné ne contient pas de pus.

L'examen bactériologique a porté sur le pus recueilli au niveau de l'abcès fistulisé. Il révèle la présence de 6 espèces microbiennes dont 3 aérobies appartenant à des espèces saprophytes et 3 anaérobies : un bacille filamenteux et un petit bacille, tous deux prenant le Gram et enfin un coccus en chaînette plus fin que le streptocoque.

La malade avait quitté le service d'ophtalmologie pour subir dans le service d'oto-rhino-laryngologie l'opération radicale de son affection maxillaire. La veille et le matin du jour où elle devait être opérée, elle est prise de lésions pleurétiques aiguës avec élévation de température (39°). On constate de la matité du côté gauche. Une ponction exploratrice faite dans le service du docteur Launois par son interne M. Cléret, montre la présence de liquide louche. L'épanchement était peu étendu et de faible volume; après huit à neuf jours d'oscillations thermiques entre 38° et 40°, la température s'abaisse brusquement et reste au voisinage de 37° à 37°,6.

Le 5 février, la malade part pour l'asile de convalescence où elle séjourne jusqu'au 23 février.

Pendant tout le temps de sa maladie, la fistule continuait à suppurer ainsi que dans les premiers temps de son séjour au Vésinet. Au bout de quelques jours, amélioration très sensible de la fistule et depuis le 1er mars, la fistule est complètement tarie sans élimination osseuse.

Le 15 avril, la malade revient à la consultation, se plaignant d'un violent mal de dents (carie du 3e degré des grosses molaires supérieures droites).

Au niveau de l'ancienne fistule, on constate une cicatrice adhérente, en cul-de-poule, déterminant un sillon légèrement

oblique et située à 5 millimètres du bord inférieur de l'orbite, au-dessous de la région du sac lacrymal. Pas de déviation palpébrale.

OBSERVATION XIII

Phlegmon d'origine dentaire ouvert au niveau de la paupière inférieure. (Dr Fargin-Fayolle, *La Revue de Stomatologie*, Juillet 1909).

Mlle P..., 22 ans, domestique, se présente dans le courant de mars 1909 à la consultation de stomatologie à l'hôpital de la Charité. Après l'avoir débarrassée d'un énorme pansement entourant la tête et cachant complètement le nez et la moitié gauche de la face — pansement humide recouvert de taffetas gommé et de ouate — je constate une tuméfaction étendue aux paupières et à la joue gauche. Au niveau de la paupière inférieure se voit un orifice donnant passage à un peu de pus.

Cette jeune fille est de bonne santé habituelle, et je ne relève rien à signaler dans ses antécédents.

Les accidents qui ont abouti aux complications actuelles remontent à trois semaines. A ce moment, douleurs localisées par la malade au niveau de la première molaire supérieure gauche qui paraît allongée et qui est douloureuse à la pression et au contact d'aliments ou de liquides chauds. En même temps, fluxion tuméfiant la joue gauche.

Quatre à cinq jours après, les douleurs ayant un peu diminué, la malade va consulter un médecin qui, dit-elle, « perce avec une petite lancette » un abcès vestibulaire. Il s'écoule un peu de pus fétide.

Le lendemain, cet écoulement de pus continue, mais, au bout de trois jours, l'incision était complètement cicatrisée,

une nouvelle fluxion se produit accompagnée de douleurs aussi vives que la précédente.

La malade attend encore trois ou quatre jours; puis, continuant à souffrir, constatant que la tuméfaction après avoir diminué, paraît augmenter de nouveau et gagne les paupières, surtout l'inférieure, au point que l'œil est presque entièrement fermé, elle se décide à se présenter à la consultation de chirurgie d'un hôpital.

Là une nouvelle incision est pratiquée dans le sillon vestibulaire, donnant issue comme la première à une certaine quantité de pus. Depuis quelques jours, spontanément, la malade appliquait sur la joue gauche des cataplasmes chauds, Le chirurgien lui conseille de les remplacer par des compresses bouillies chaudes, ce qui est fait. Pas d'autre traitement buccal que des lavages avec l'antique décoction de racines de guimauve et de tête de pavot déjà pratiquée depuis le début des accidents et la plus moderne eau boriquée qui lui est adjointe.

Le surlendemain, l'incision vestibulaire paraît cicatrisée et une ouverture donnant issue à une quantité notable de pus jaunâtre et fétide se produit au niveau de la paupière inférieeur.

Je vois la malade pour la première fois quatre jours après.

L'orifice cutané siège en un point correspondant à la partie moyenne du bord inférieur de l'orbite. La pression locale fait sourdre quelques gouttes de pus jaunâtre. Le pli nasogénien est atténué par la tuméfaction qui s'étend en arrière jusqu'à deux travers de doigt du tragus : en bas, jusqu'au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur. En haut, les paupières, surtout l'inférieure, sont œdématiées et il en résulte à l'angle externe de l'œil un accolement de leurs surfaces cutanées qui a déterminé à ce niveau l'inflammation toujours observée dans les cas analogues. La conjonctive est normale. Il n'existe pas, et à aucun moment il n'a existé de larmoiement.

La presssion au niveau du sac lacrymal ne détermine pas l'issue de pus par les points lacrymaux. Elle n'est pas douloureuse, non plus que celle exercée sur l'os malaire.

Si, au contraire, on explore la région correspondant à la face antérieure du maxillaire supérieur, on perçoit un empâtement très net dont le maximum correspond à une ligne qui joindrait la première molaire à la partie moyenne de la paupière. Pas de fluctuation profonde, La réaction douloureuse est assez vive. Le côté gauche de la face est le siège d'un érythrose et d'une hyperthermie assez accusées. Légère constriction des mâchoires due à la douleur que provoque la distension forcée de la joue gauche. Adénite sous-maxillaire,

L'examen de la bouche montre du côté gauche les arcades dentaires recouvertes du dépôt abondant de tartre mou que déterminent l'absence de mastication au cours des affections douloureuses et l'absence de brossage; et, en effet, depuis le début des accidents, il n'a été, ni fait — ni prescrit — d'autre traitement local que les lavages dont j'ai parlé. Stomatite légère.

Au maxillaire supérieur et du côté gauche, les incisives présentent des caries proximales superficielles; la canine est intacte. Des prémolaires il ne reste que les racines. Carie pénétrante profonde et ancienne de la première molaire. La seconde molaire ne présente pas de lésions. La dent de sagesse n'a pas encore fait son éruption. La pression à son niveau n'est pas douloureuse. L'exploration du sillon vestibulaire montre les cicatrices des deux incisions qui ont été pratiquées. Le palper digital est douloureux, surtout au niveau de la première molaire, très mobile, dont la percussion est douloureuse, et qui, comme je l'ai signalé, présente une profonde et ancienne carie pénétrante. Le palper bidigital pratiqué en plaçant un des index dans le vestibule et l'autre au voisinage de l'orifice cutané, révèle l'empâtement profond de toute la région correspondant à la face antérieure du maxillaire supérieur.

Après curetage du tartre aux deux mâchoires, je fis l'extraction de la première molaire et des racines des deux prémolaires supérieures gauches. L'exploration de leurs alvéoles après l'extraction ne révéla rien de particulier. Les racines extraites présentaient toutes des lésions d'arthrite ancienne. Je n'insiste pas sur les prescriptions habituelles d'antisepsie buccale faites à la malade.

Huit jours après cette intervention, l'orifice cutané est cicatrisé, et tous les symptômes douloureux ont disparu.

OBSERVATION XIV

Abcès périostique de la région palpébrale inférieure d'origine dentaire (Obs. inédite due à l'obligeance du Dr Cantonnet).

Adolphe Ch..., 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur de Lapersonne, le 18 janvier 1909 pour une tuméfaction douloureuse siégeant au niveau de la paupière inférieure gauche.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents.

Le début de l'affection remonte au 25 décembre 1908, date à laquelle le malade ressentit d'assez fortes douleurs dentaires à la mâchoire supérieure gauche. Peu après, fluxion tuméfiant la joue du même côté. Au bout de trois ou quatre jours, alors que le gonflement général de la joue diminuait, apparition d'une petite grosseur dure, rougeâtre, douloureuse à la pression au niveau de la paupière inférieure. Ces accidents furent accompagnés de céphalée assez violente et d'une légère hyperthermie.

Lorsque nous examinons le malade le 19 janvier, le lendemain de son entrée à l'hôpital, nous constatons, occupant la région de la paupière inférieure gauche, à la partie moyenne, une tuméfaction violacée, douloureuse à la pression et fluctuante. La palpation permet de reconnaître une augmentation

de volume du périoste sous-jacent, au niveau de la tumeur et réveille, le long d'une zone verticale réunissant l'arcade alvéolaire à la paupière inférieure, une douleur profonde, sourde et contuse, déjà moins vive au dire du malade qu'au début de la maladie : les parties molles sous-jacentes sont indemnes, mais seulement légèrement infiltrées encore par la fluxion presque totalement disparue.

L'orbite n'est pas envahi. Le globe oculaire est normalement mobile. Pas de diplopie. Le malade ne présente pas actuellement et n'a jamais présenté de larmoiement. En somme, aucun trouble oculaire ou lacrymal.

Par contre, en examinant la bouche, on note, au niveau de l'arcade alvéolaire supérieure gauche une rougeur de la muqueuse gingivale qui est tuméfiée. Le système dentaire, en mauvais état, n'est plus représenté à ce niveau que par des chicots. Un examen plus complet, pratiqué par le Dr Gellé démontre l'intégrité du sinus maxillaire et l'existence par contre, au niveau de la canine d'un abcès radiculo-dentaire.

L'incision de l'abcès palpébral donne issue à une assez grande quantité de pus ; l'exploration au stylet fait constater une zone osseuse sous-jacente dénudée. Pendant quelque temps, les bords de l'incision, restée fistuleuse, présentèrent un aspect légèrement gangréneux, mais tout rentra dans l'ordre assez rapidement à la suite d'injections répétées d'eau oxygénée.

L'examen bactériologique n'a pu être fait.

OBSERVATION XV

Fistule d origine dentaire développée à la région sous-orbitaire chez les carnivores. (M. Labat, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse. *Revue Vétérinaire de Toulouse.* 1er octobre 1902).

Chienne de trois ans environ. — Cette bête présente, sur

la face, au-dessous de l'œil gauche, à deux centimètres environ du bord de la paupière, une fistule suppurante. Pour en amener la cicatrisation, on emploie des injections détersives avec des liquides antiseptiques variés; il n'y a pas de changement appréciable. Un examen plus complet permet alors de constater que la fistule communique, par en bas, avec un petit clapier sous-cutané, lequel aboutit d'autre part à la bouche, au moyen d'un étroit conduit. Un drain fut passé, pénétrant dans la fistule et sortant par la bouche; des injections antiseptiques furent pratiquées. Il en résulta une amélioration passagère; mais, le drain enlevé, la fistule sous-orbitaire persista.

La lésion durait depuis sept mois, quand la chienne me fut amenée.

Je pus, d'abord, constater l'existence de la fistule dans la position et les conditions précitées.

Le pourtour en est légèrement tuméfié; la partie est sensible. Une sonde introduite dans la fistule pénètre à l'intérieur d'un foyer purulent compris entre la peau et l'os maxillaire; celui-ci est dénudé sur une étendue d'un centimètre carré environ; la surface est rugueuse et nécrosée. En explorant le foyer dans toutes les directions, la sonde découvre : 1° l'étroit conduit signalé plus haut qui s'ouvre dans la bouche, sur la ligne où la muqueuse s'infléchit des joues sur les gencives; 2° une petite solution de continuité dans l'os maxillaire lui-même. La sonde, engagée par cette brèche, arrive dans une cavité qui paraît avoir les dimensions d'un tout petit pois, et dont les parois ont la mollesse et la friabilité du tissu osseux nécrosé, sauf en un point où la sonde rencontre une résistance dure; toutes les fois que la sonde touche ce point, la chienne se plaint et réagit. Ce point dur et en même temps si sensible est placé en droite ligne au-dessous de l'ouverture cutanée de la fistule et exactement au-dessus du tiers antérieur de la grosse molaire supérieure ou dent carnassière. Il répond en effet à l'une des racines antérieures de cette molaire. Celle-ci,

quoique aussi blanche et aussi belle en apparence que ses voisines n'est donc pas saine. D'ailleurs, quand on la percute, même légèrement, la chienne manifeste de la douleur. La sensibilité de la dent explique pourquoi la bête mange avec quelque difficulté, et pourquoi certains gros morceaux, saisis avec avidité, sont relâchés parfois et retombent dans le plat. La dent n'est nullement ébranlée; à son niveau, les gencives paraissent normales. Les signes qui viennent d'être énumérés permettent de déduire que la chienne est atteinte d'une alvéolite avec nécrose et perforation des parois alvéolaires (de la dent carnassière ou quatrième molaire supérieure gauche), avec prolongement fistuleux aboutissant à l'extérieur.

La première chose à faire était d'extraire la molaire malade. J'ai procédé à cette opération sous anesthésie. La dent, fortement enracinée, n'a cédé qu'à des efforts assez énergiques. Un stylet, entré dans la fistule de la face, est sorti directement et avec la plus grande facilité par la bouche, à la partie antérieure de la place laissée libre par la molaire arrachée. Le diagnostic se trouvait confirmé; la dent avait perdu sa belle teinte laiteuse sur l'extrémité dénudée de celle de ses racines qui répondait à la partie rompue de l'alvéole. J'ai complété l'opération en touchant la partie nécrosée de la cavité alvéolaire avec la pointe du thermo-cautère chauffée au rouge et introduite par la fistule sous-orbitaire. A la suite de l'opération et pendant les trois premiers jours, la chienne est un peu triste et mange peu, ce qui est attribuable à l'endolorissement de la mâchoire. Puis l'appétit revient, et l'on voit la chienne prendre franchement, dilacérer et déglutir les morceaux de viande; la gêne et la douleur ont disparu.

Le traitement proprement dit a consisté en abondantes injections saturées d'acide borique, deux fois par jour, effectuées par la fistule de la face... L'amélioration s'accentue de jour en jour; le quinzième jour, les injections ne passent plus par la bouche; l'alvéole est comblée, la fistule extérieure presque fermée. Le vingtième jour, la guérison est

complète. A la place de la fistule, existe une cicatrice grisâtre, ronde, déprimée, grande comme une lentille, adhérant fortement au tissu osseux sous-jacent, sans déformation de la face.

L'auteur donne une autre observation identique sur un chat de quatre ans et il ajoute : « Tous les cas que j'ai suivis se sont comportés de la même manière; les manifestations se succèdent dans le même ordre et se traduisent de la même façon. Qui voit un cas, les voit tous. »

Les trois observations suivantes sont des cas de sinusite maxillaire : le siège plutôt rare d'une fistule consécutive dans le grand angle de l'œil nous a seul engagé à les reproduire ici.

OBSERVATION XVI

Fistule lacrymale pénétrant dans le sinus maxillaire droit (?)
(JOURDAIN, *Traité des maladies de la bouche*.)

En 1760, un particulier vint me consulter pour une mauvaise odeur qu'il avait dans le nez et pour du pus qu'il mouchait.

On le soupçonnait attaqué d'un ozène. Je vis le pus dans son mouchoir. Ce malade était atteint d'une fistule lacrymale, et les progrès de la carie avaient occasionné une perte assez considérable du canal nasal. La fistule externe avait le calibre d'une plume ordinaire. Quand le malade aspirait, la bouche et le nez fermés, le pus remontait par cette ouverture, et dès qu'il inspirait, le pus descendait; il sentait une espèce d'égout qui se formait dans la narine.

J'observai si cet écoulement ne se faisait pas par le cornet inférieur. Il avait lieu, à la vérité, par cet endroit. Mais le plus fort écoulement était supérieur; d'ailleurs, le pus gagnait

plutôt le côté de la gorge que la partie antérieure et inférieure de la narine. Ce phénomène me donna lieu de soupçonner qu'il y avait communication de la fistule lacrymale avec le sinus, parce qu'en effet l'ouverture de ce dernier se jette bien plus à la partie postérieure des narines qu'à leur partie antérieure.

Je sondai la fistule externe, ayant eu le soin de courber mon stylet suivant la direction qu'il devait avoir pour se jeter du côté du sinus, dans lequel j'entrai, et duquel je ramenai du pus. Bien convaincu du fait, j'assurai le malade que, bien loin de guérir, il s'exposait à des accidents des plus graves, s'il ne se déterminait pas à consentir qu'on donnât issue à cette matière qui ne pouvait pas remonter, et que ma proposition ne pouvait avoir d'effet salutaire que par l'extraction d'une des dents qui répondait directement à la cavité qui retenait le pus.

La perte d'une bonne dent le fit hésiter pendant quelque temps; il en conféra avec la personne qui lui donnait des soins. Après en avoir conféré, j'ôtai la seconde grosse molaire dont une des racines pénétrait dans le sinus; il s'évacua un peu de pus par cette ouverture; mais comme cette dernière était trop petite, je l'agrandis avec un trois quart; le pus vint alors avec assez d'abondance. Je fis des injections par cette ouverture : une partie ressortit par la fistule externe, et l'autre se perdit dans le nez. Je réitérai cette opération par la fistule externe : une partie de l'injection se précipita par l'ouverture alvéolaire et le reste se perdit dans le nez.

Le malade guérit au bout de deux mois.

OBSERVATION XVII

Fistule dentaire simulant une fistule lacrymale. L'orifice cutané communique par l'intermédiaire du sinus maxillaire

avec une fistule alvéolaire. (Parinaud, *Archives générales de Médecine 1880.* Tome I).

Mal..., 27 ans, gardien de la paix, se présente à mon dispensaire le 23 juin 1879 pour se faire traiter d'une affection que plusieurs médecins lui ont dit être une fistule lacrymale. Le malade donne les renseignements suivants sur le début des accidents.

Dans les premiers jours du mois de mars, léger mal de dents accompagné d'une fluxion à droite. Huit jours après, les douleurs deviennent intenses et la tuméfaction de la joue est plus prononcée ; à la suite d'un écoulement de pus par le nez, la fluxion disparaît. Le 22 mars, nouvelles douleurs dans la même région, nouvelle fluxion beaucoup plus forte, perte d'appétit, grande prostration avec fièvre. Après une huitaine de jours, ouverture d'un abcès au niveau de la première molaire. L'écoulement de pus par le nez persiste. La fluxion et les douleurs cessent de nouveau.

Vers la fin d'avril, les accidents aigus se reproduisent un peu modifiés. La joue est encore tuméfiée, mais les douleurs sont moins vives et n'ont pas les caractères de névralgie dentaire comme dans les premiers accès. Huit jours après, formation d'un abcès près du grand angle de l'œil : son ouverture laisse un orifice fistuleux. Le pus s'écoulait alors par 3 ouvertures — cutanée, nasale, alvéolaire — mais la fistule gingivale ne tarda pas à se tarir.

Le 23 juin, je constate l'état suivant : ouverture fistuleuse entourée d'un léger bourrelet charnu au niveau du grand angle de l'œil droit, à un centimètre environ au-dessous du point lacrymal inférieur. La tuméfaction des tissus environnants est un peu plus considérable que dans une fistule lacrymale ordinaire, mais elle ne s'étend pas dans la fosse canine et reste limitée au pourtour de l'orifice fistuleux.

Le malade n'a jamais éprouvé de larmoiement. Une injection pratiquée par les points lacrymaux revient entièrement

par le nez, mêlée d'un peu de pus, mais nullement par l'orifice fistuleux. Poussée par cet orifice, l'injection revient également par le nez avec une grande quantité de pus. L'exploration avec le stylet ne laisse aucun doute sur la communication de la fistule avec le sinus maxillaire. La communication avec les fosses nasales par l'antre d'Highmore, rendue manifeste par les injections, est encore démontrée par ce fait que le malade en faisant un effort, provoque l'écoulement de pus par l'ouverture cutanée. La présence d'une petite quantité de pus, mêlé au liquide de l'injection pratiquée par les points lacrymaux tient au voisinage de l'orifice inférieur du canal nasal avec l'ouverture du sinus et ne suppose nullement que les voies lacrymales soient intéressées. L'injection revient limpide, si on a le soin de déterger préalablement les fosses nasales.

L'exploration de la bouche permet de découvrir un petit orifice fistuleux de la gencive au niveau de la première molaire qui présente la coloration bleuâtre des caries profondes. Depuis quelque temps, il ne s'écoule plus de pus par cette fistule ; le malade du moins n'en est pas incommodé et n'est préoccupé que de l'écoulement nasal. Une injection poussée par cette fistule alvéolaire revient en partie par l'orifice cutané situé au niveau du sac lacrymal, en partie par les fosses nasales.

La communication par l'intermédiaire du sinus des 3 ouvertures cutanée, alvéolaire et nasale, l'intégrité des voies lacrymales et l'origine dentaire des accidents se trouvaient ainsi parfaitement établies. Le traitement a consisté, outre l'avulsion de la dent malade, en injections fréquentes, pratiquées avec une solution alcoolique ou phéniquée. Pendant un mois, l'amélioration a été peu prononcée, mais après l'issue d'une esquille par les fosses nasales, elle a été très rapide, et la guérison a été complète 2 mois environ après le début du traitement.

OBSERVATION XVIII

Empyème du sinus maxillaire d'origine dentaire avec fistule au niveau de l'angle interne de l'œil gauche. — (Ferron. *Revue de Laryngologie*, 1893, p. 97).

B..., soldat au 49e régiment d'infanterie, a été atteint le 1er août dernier de douleurs dentaires localisées aux première et troisième molaires du maxillaire supérieur gauche et se propageant vers l'œil gauche. L'avulsion des deux dents, pratiquée le 6 août, exaspéra les douleurs.

A l'infirmerie, B... continua à souffrir : une collection s'ouvrit presque spontanément à l'angle interne de l'œil gauche. L'exploration avec un stylet permit l'issue de pus. Il entra à l'hôpital militaire, le 30 janvier.

On trouve à l'angle interne de l'œil gauche l'orifice d'un trajet fistuleux d'où s'échappe du pus. On note une saillie du globe oculaire, de la kérato-conjonctivite et du myosis; le maxillaire ne présente aucune déformation. La pression n'est douloureuse qu'à l'angle interne de l'œil. Les conduits lacrymaux sont libres. Aucune lésion au fond de l'œil.

Un stylet porté dans le trajet fistuleux pénètre dans le sinus, réveillant un point douloureux au niveau de la première molaire et rencontrant en arrière un point qui paraît dénudé. L'éclairage buccal accuse un certain degré de plénitude du sinus gauche.

Le 5 février, j'ouvre le sinus par la voie buccale au niveau de la dépression correspondant à la troisième molaire. Il ne sort pas de pus. Deux stylets plongés, l'un par l'ouverture pré-orbitaire, l'autre par celle que j'ai faite, se rencontrent Des lavages boriqués chassent par le nez du liquide purulent, infect. Mais le liquide poussé par en haut ne passe pas par la voie alvéolaire. Les injections quotidiennes continues entraînent de petites masses jaunâtres caséeuses caractéristiques de l'abcès du sinus maxillaire.

Je pense donc à l'existence d'un abcès du sinus d'origine dentaire.

CONCLUSIONS

I. — A la région palpébro-lacrymale peuvent venir se faire jour des collections suppurées d'origine dentaire. Cette localisation éloignée des abcès consécutifs à l'arthrite alvéolo-dentaire prête à diverses interprétations pathogéniques :

1° Pour Parinaud, le pus suit la voie d'un canalicule intra-osseux spécial qui, parti du fond des alvéoles, vient s'ouvrir au voisinage de l'angle interne de l'œil.

2° Pour le Docteur Fargin-Fayolle, l'existence de ce canalicule osseux n'est rien moins que démontrée; et, le fût-elle, son rôle dans la migration du pus paraît douteux. D'après cet auteur, la localisation dans la région palpébro-lacrymale d'un abcès d'origine dentaire est serait due à la formation d'une collection sous-périostée qui suit un trajet décollable, remontant vers l'angle interne de l'œil, et dont les limites sont constituées par une adhérence plus intime du périoste à l'os au niveau des insertions musculaires de quelques muscles de la face.

Cette interprétation a l'avantage de faire rentrer ces

abcès particuliers dans les lois qui régissent l'évolution des abcès dentaires en général.

3° Certains auteurs ont bien invoqué l'hypothèse d'une propagation lymphatique. Mais aucune donnée anatomique ne vient à l'appui de cette thèse.

II. — Les abcès dentaires de la région palpébro-lacrymale peuvent prêter à des erreurs de diagnostic.

La confusion est possible avec toutes les collections suppurées de la région, en particulier avec les dacryocystites et avec les fistules qui leur succèdent fréquemment.

Nous nous sommes attaché à décrire quelques points de symptomatologie clinique qui nous semblent devoir éclairer le diagnostic et nous rappelons que l'examen bactériologique du pus peut encore faciliter la tâche du médecin, en lui permettant, dans les cas difficiles, de dépister par cette méthode l'origine dentaire de l'abcès.

Vu : le Président,
PIERRE DELBET

Vu le Doyen,
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

par ordre alphabétique.

Aribaud. — *La tumeur prélacrymale.* Thèse Lyon, 1901.

Bauby. — Complic. orbit. des empyèmes du sinus maxillaire. *Archives d'Ophtalmologie*, 1897.

Cantonnet. — *Recueil d'Ophtalmologie.* Juin 1909.

Courtaix. — *Relat. pathol. entre l'œil et les dents.* Th. Paris, 1891.

Dalban. — *De l'infl. des dispositions anatomiques sur la marche des abcès dentaires.* Th. Paris, 1902.

Dieulafé et Gayral. — La topographie du syst. dentaire. *Journal de l'Anatomie*, 1909.

Encyclopédie française d'Ophtalmologie. Tome VIII. Annexes de l'œil.

Fage. — *Société d'Ophtalmologie*, 1893.

Fargin-Fayolle. — Phlegmon d'origine dentaire ouvert au niveau de la paupière inférieure. Pathogénie des collections suppurées d'origine dentaire des régions lacrymale et palp. inf. *Revue de Stomatologie.* Juillet 1909.

Faussillon. — *Tumeurs malignes de l'angle int. de l'œil.* Th. Paris, 1889-90.

Ferron. — *Revue de Laryngologie*, 1893.

Fiévet. — *Contribution à l'étude des fist. d'orig. dent.* Th. Lille 1902.

Guérard.— Abcès fistuleux simulant une dacryoc. *Revue mensuelle de Stomat.* Avril 1896.

Herpin et **Mouchet.** — La dent de l'œil. *Arch. de Stomat.* Novembre 1909.

Jourdain. — *Traité des maladies de la bouche.*

Kolarovitch. — *Les complic. ocul. dans les affections du sinus maxillaire.* Th. Bordeaux, 1895-96.

Labat. — Fistule d'origine dentaire développée à la région sous-orbitaire chez les carnivores. *Revue vétérinaire de Toulouse*, 1er octobre 1902.

Lagleyze. — L'œil et les dents; relat. path. *Arch. d'Opht.* 1889. Vol. XIX, p. 145, 233, 283.

Lapersonne (de). — Les complic. orbito-ocul. des sinusites. *Presse médicale*, 1902.

Monier. — *Contribution à l'étude pathog. des infect. dentaires.* Th. Paris, 1903-04.

Morax. — *Recueil d'Ophtal.* Juin 1909.

Le diagnostic des supp. de la rég. palp. lac. *Rép. de méd. intern.* Avril 1911.

Nogué. — *Cliniques stomatologiques*, 1908.

Ombredanne. — Maladies des Mâchoires (in *Nouveau traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*).

Ovize. — *Les fist. dent. et d'origine dent.* Thèse Paris, 1896-97.

Parinaud. — Des supp. de la paup. inf. et de la rég. du sac lac. *Arch. général de médecine.* 1880. T. I, p. 667.

Fistule dent. simulant une fistule lac. Journal des Connaissances médicales, du 7 septembre 1882. Reproduit in, *Revue Ondotologique*, mars 1883.

Péchin. — Cont. à l'étude des aff. oculaires et des sinusités de la face d'origine dent. *Revue gén. d'Opht.* 1896.

Peyroux. — *Des affections du grand angle simulant une maladie des voies lacrymales.* Th. Lyon, 1894-95.

V. Pietkiewicz. — *De la périostite alvéolo-dentaire.* Th Paris, 1876.

Reclus. — Les fistules d'origine dentaire. *Gaz. des Hôp.* 22 août 1905.

Riolacci. — *Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxill.* Th. Lyon, 1896-97.

Roche. — *La péricystite lacrymale.* Th. Paris, 1901-02. La péric. lac. et son diag. avec les abcès dent. de la rég. lac. *Revue de Stomat.*, 1902.

Salva. — *Complic. inflam. de l'orbite dans les sinusites maxill.* Th. Paris, 1895.

Schweitzer. — Die Lymphgefässe des Zahnfleisches und der Zähne. *Arch. für micr. Anat.* 1907.

Sebileau. — Les formes cliniques du cancer du sinus maxill. *Odontologie.* Décembre 1906.

Société de chirurgie. (*Bull. et Mém. de la*) 1883. (Art. Després).

Stanculeanu. — *Rapports anat. et path. entre les sinus de la face et l'appareil orbito-ocul.* Th. Paris 1901-02.

Stomatologie (*Traité de*) art. de Dieulafé, Herpin, Fargin-Fayolle et Terson (A.), T. I et V.

Tellier (Cam.). — *Trait. des fist. d'orig. dent.* Th. Paris. 1892-93.

Coulommiers. — Im. Dessaint et Cie.,